



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Noemi Martucci Dias Tosatto

Descentralização do cuidado das pessoas vivendo com HIV/AIDS e fluxos de encaminhamento entre a atenção primária à saúde e a atenção especializada no município do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2023

Noemi Martucci Dias Tosatto

Descentralização do cuidado das pessoas vivendo com HIV/AIDS e fluxos de encaminhamento entre a atenção primária à saúde e a atenção especializada no município do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Determinação dos Processos Saúde-Doença: Produção/Trabalho, Território e Direitos Humanos.

Orientadora: Prof.^a Dra. Gisela Cordeiro Pereira Cardoso.

Rio de Janeiro

2023

Título do trabalho em inglês: Decentralization process of HIV/AIDS care for Primary Health Care and its referral flows in the city of Rio de Janeiro.

T713d Tosatto, Noemi Martucci Dias.
Descentralização do cuidado das pessoas vivendo com HIV/AIDS e fluxos de encaminhamento entre a atenção primária à saúde e a atenção especializada no município do Rio de Janeiro / Noemi Martucci Dias Tosatto. -- 2023.
82 f. : il.

Orientadora: Gisela Cordeiro Pereira Cardoso.
Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2023.
Bibliografia: f. 54-59.

1. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. 2. HIV. 3. Avaliação em Saúde. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Política de Saúde. I. Título.

CDD 614.5993

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Cláudia Menezes Freitas - CRB-7-5348
Biblioteca de Saúde Pública

Noemi Martucci Dias Tosatto

Descentralização do cuidado das pessoas vivendo com HIV/AIDS e fluxos de encaminhamento entre a atenção primária à saúde e a atenção especializada no município do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Determinação dos Processos Saúde-Doença: Produção/Trabalho, Território e Direitos Humanos.

Aprovada em: 31 de agosto de 2023.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Gustavo Albino Pinto Magalhães
Universidade Estadual do Rio de Janeiro

Prof.^a Dra. Regina Ferro do Lago
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dra. Gisela Cordeiro Pereira Cardoso (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2023

Dedico com carinho aos meus pais *in memoriam* , Anísio e Tânia, ao meu marido Alessandro ,
minhas filhas Letícia e Sofia, e a Alda Lacerda pelo apoio e incentivo constante.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus por me fazer perseverar e me guiar sempre com uma força motriz para que eu superasse todos os obstáculos e adversidades encontrados ao longo do curso. Um curso diferente do imaginado e planejado, em meio a pandemia do Coronavírus, feito à distância como nunca havia estado em meus planos cursar desta forma.

Agradeço aos meus pais *in memoriam*, por todo exemplo e dedicação a minha formação pessoal e profissional.

Agradeço à minha família, meu marido e minhas filhas Letícia e Sofia pelo tempo que dispensei ao curso deixando de me dedicar a eles. Agradeço às minhas filhas pela paciência e colaboração e compreensão para que eu pudesse escrever, assistir aulas e estudar, sacrificando alguns momentos preciosos de nossa convivência.

Agradeço ao meu marido Alessandro que me ajudou tanto abdicando de nossos momentos juntos, quanto por diversas vezes na elaboração técnica deste trabalho com paciência e dedicação.

Agradeço a minha prima e madrinha Alda Maria, amiga, incentivadora, exemplo profissional e humano por toda ajuda, troca de experiências, presteza e competência estimulante, no apoio valioso e reflexões críticas.

Agradeço à minha orientadora, Dra Gisela Cardoso, mestra, exemplo profissional, pela confiança, doçura, dedicação, disponibilidade, paciência e por sua valorosa contribuição essenciais a esse trabalho. Gisela incansável na busca por material bibliográfico, com sua contribuição direta nessa dissertação sempre atenciosa e disponível a me orientar e fazendo nossas reuniões sempre de interação agradável e alegre tornando o trabalho ainda mais prazeroso. Um anjo em minha trajetória nesse mestrado.

Agradeço a todos os professores do mestrado por sua generosidade em nos mostrar o caminho e em compartilhar seus conhecimentos sempre de maneira estimulante e reflexiva, abertos ao diálogo e as trocas de experiências.

Por fim agradeço aos meus amigos e companheiros de curso que tornaram essa trajetória, leve, divertida, somaram e contribuíram com suas experiências, companheirismo e união.

Onde existe uma grande
disposição, não pode haver
grande dificuldade.
(Maquiavel, 1996, p.176)

RESUMO

O presente trabalho, de natureza qualitativa, teve como objetivo avaliar o processo de descentralização do cuidado do HIV/AIDS para a Atenção Primária à Saúde (APS) e seus fluxos de encaminhamento no município do Rio de Janeiro (RJ), na Área de Planejamento 2.1, na perspectiva dos gestores e médicos. Foram realizadas 14 entrevistas com médicos da APS, médicos especialistas e gestores da gerência de IST/AIDS, Coordenação de Atenção Primária, da APS e da atenção especializada. As categorias temáticas de análise foram: Descentralização e Fluxos de encaminhamento. Como facilitadores da descentralização, evidenciamos que a APS como porta de entrada e realizadora dos testes diagnósticos propicia mais rapidez no início do tratamento evitando as filas de espera do Sistema de Regulação e favorece o cuidado longitudinal. Além disso, a dispensação da medicação, a coleta de exames de carga viral, CD4 e genotipagem na APS e a expansão da cobertura no município também contribuem no processo de descentralização e na produção do cuidado integral. Dentre os fatores dificultadores da descentralização destacamos a dificuldade da gestão compartilhada do cuidado, a falta de qualificação das equipes da APS, a resistência dos profissionais em assumir mais uma tarefa, a rotatividade das equipes em algumas regiões, as mudanças de gestão e a preocupação em assegurar o sigilo do diagnóstico quando o usuário é atendido no território onde reside. Quanto aos Fluxos de Encaminhamento, fica evidenciado que o processo regulatório organiza e dá transparência às ofertas de vagas aos serviços de saúde, mas ainda existem alguns desafios de conhecimento dos processos de trabalho, de limitações do próprio sistema de regulação e de comunicação entre os prestadores de serviço e níveis de atenção que precisam ser melhorados. Não obstante os avanços obtidos até o presente momento, o processo de descentralização ainda está em curso e avançando de forma heterogênea no município do Rio de Janeiro.

Palavras-chave: pessoas vivendo com HIV/AIDS; atenção primária à saúde; descentralização do cuidado HIV/AIDS; avaliação em saúde.

ABSTRACT

The present work, of a qualitative nature, aimed to evaluate the decentralization process of HIV/AIDS care for Primary Health Care (PHC) and its referral flows in the city of Rio de Janeiro (RJ), in the Planning Area 2.1, from the perspective of managers and physicians. Fourteen (14) interviews were conducted with PHC physicians, specialist physicians and STI/AIDS management managers, Primary Care Coordination, PHC and specialized care. The thematic categories of analysis were: Decentralization and Referral flows. As facilitators of decentralization, we show that PHC, as a gateway and as a provider of diagnostic tests, provides faster initiation of treatment, avoiding the queues of the Regulation System and favors longitudinal care. In addition, dispensing medication, collecting viral load, CD4 and genotyping tests in PHC and expanding coverage in the municipality also contribute to the decentralization process and the production of comprehensive care. Among the factors that make decentralization difficult, we highlight the difficulty of shared care management, the lack of qualification of the PHC teams, the resistance of professionals to take on yet another task, the rotation of teams in some regions, management changes and the concern with ensure the secrecy of the diagnosis when the user is assisted in the territory where he resides. As for the Referral Flows, it is evident that the regulatory process organizes and provides transparency to the vacancies offered to health services, but there are still some challenges in terms of knowledge of work processes, limitations of the regulation system itself and communication between providers of service and attention levels that need to be improved. Despite the advances obtained so far, the decentralization process is still ongoing and advancing heterogeneously in the municipality of Rio de Janeiro.

Keywords: people living with HIV/AIDS; primary health care; decentralization process of HIV/AIDS; health assessment.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Guia de Referência e Contra Referência SMS/RJ.....	26
Quadro 1 -	Matriz de Informação metodológica.....	34

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AP	Área Programática
APS	Atenção Primária à Saúde
CAP	Coordenação de Atenção Primária
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HTLV	Vírus-T Linfotrópico Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MFC	Médico de Família e Comunidade
MS	Ministério da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PEP	Profilaxia Pós Exposição
PREP	Profilaxia Pré Exposição
PSF	Programa Saúde da Família
PVHA	Pessoas Vivendo com HIV/AIDS
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TARVS	Terapia Antirretroviral
TCLE	Termo de Consentimento Livre E Esclarecido
TCUD	Termo de Compromisso de Utilização de Dados
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REVISÃO DA LITERATURA	15
2.1	HIV-RELATO HISTÓRICO	15
2.2	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL	16
2.3	APS – PRIMEIRO ACESSO	18
2.4	HIV/AIDS NO BRASIL: ACOMPANHAMENTO NA APS OU NO SERVIÇO ESPECIALIZADO?	19
2.5	AATENÇÃO AO HIV/AIDS NO RIO DE JANEIRO	23
2.6	FLUXOS DE ENCAMINHAMENTOS E INTEGRAÇÃO ENTRE OS NÍVEIS DE ATENÇÃO	24
3	OBJETIVOS	28
4	JUSTIFICATIVA	29
5	METODOLOGIA	30
5.1	DESENHO DO ESTUDO	30
5.2	LOCAL DO ESTUDO	30
5.3	SUJEITOS DO ESTUDO	31
5.4	FONTE DOS DADOS	31
5.5	ANÁLISE DOS DADOS	32
5.6	ASPECTOS ÉTICOS	35
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	37
6.1	DESCENTRALIZAÇÃO DO CUIDADO	37
6.1.1	Fatores facilitadores e dificultadores da descentralização	39
6.1.1.1	Fatores facilitadores da descentralização	39
6.1.1.1.1	<i>Fatores dificultadores da descentralização</i>	42
6.2	FACILITADORES E DIFICULTADORES DO FLUXO DE ENCAMINHAMENTO	47
6.3	PRINCIPAIS TÓPICOS QUE EMERGIRAM DAS CATEGORIAS TEMÁTICAS: GESTÃO COMPARTILHADA, INTEGRALIDADE E COORDENAÇÃO DO CUIDADO	49
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
	REFERÊNCIAS	54
	APÊNDICE A - TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL	60

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) GESTOR NÍVEL CENTRAL/ LOCAL	62
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) MÉDICO DE COMUNIDADE E FAMÍLIA - APS - SMS/RJ.....	65
APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) MÉDICO INFECTOLOGISTA - ATENÇÃO SECUNDÁRIA – SMS/RJ.....	69
APÊNDICE E - TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD)	73
APÊNDICE F - ROTEIRO DE ENTREVISTAS.....	74

1 INTRODUÇÃO

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS), fruto do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, é um marco na garantia de uma saúde pública, gratuita e universal para todos os cidadãos. O SUS ganha institucionalidade por meio da Constituição Federal de 1988, conhecida como Constituição cidadã por ampliar os direitos de saúde e de proteção social para toda a população. No entanto, no processo de implementação do SUS observa-se um conflito permanente entre a construção de um serviço nacional de saúde de acesso universal a todos os níveis de atenção e um sistema de saúde direcionado aos mais pobres com programas seletivos (Giovanella, 2008).

O SUS foi criado como um sistema organizado em diferentes níveis de atenção e todos eles interligados formando uma rede de serviços de atenção à saúde (RAS). Essa rede é hierarquizada e regionalizada, voltada para o cuidado integral e coordenada pelo primeiro nível de atenção ou Atenção Primária à Saúde.

Os níveis de atenção à saúde no Brasil são estabelecidos pela Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010 (Brasil,2010), que determina a organização da Rede de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo eles: Atenção Primária, atenção secundária e terciária. A Atenção Primária, composta pela estratégia de Saúde da Família funciona em Clínicas de Família e Centros Municipais de Saúde com ESF e é a porta de entrada preferencial do SUS e deve atuar na prevenção e promoção da saúde, devendo ser resolutiva e garantir a atenção integral à saúde do seu território adscrito. Trabalha com a lógica territorial onde suas equipes multiprofissionais têm um vínculo com essa população. Tem o objetivo de ir além da assistência médica e promover saúde, bem-estar e qualidade de vida à comunidade (Brasil,2022).

A Atenção Secundária engloba serviços especializados e de reabilitação, incluindo ambulatorios de especialidades e serviços de reabilitação que trabalham a média complexidade, funcionando em Policlínicas, Centros Municipais de Saúde e em Centros de Reabilitação. O atendimento é realizado por especialistas de diversas áreas e o agendamento é realizado através do Sistema de regulação (SISREG).

Para Mendes (2011), os níveis de atenção à saúde são estruturados de acordo com as densidades tecnológicas e varia da menor densidade (Atenção primária), para uma densidade tecnológica intermediária (Atenção secundária-ambulatorios especializados) para atenderem média complexidade até o de maior densidade tecnológica (atenção terciária - hospitais) que atendem os casos de alta complexidade, compondo essa Rede de Atenção à Saúde (RAS)

coordenada pela Atenção primária sem relação de subordinalidade ou hierarquia, sendo complementares.

Porém, ainda são muitos os desafios até assegurarmos a integralidade em saúde, com o compartilhamento do cuidado entre os diversos níveis de atenção. A coordenação do cuidado fica muito prejudicada sem uma comunicação efetiva entre os níveis de atenção.

A Atenção Primária quando precisa da opinião ou apoio de um especialista, encaminha o paciente e agenda a consulta para a Atenção Secundária, de média complexidade. Além disso, quando se apresentam casos agudos que não podem ser resolvidos na Atenção Primária ou Secundária, ou mesmo, casos não estabilizados, existe a Atenção Terciária ou hospitalar, cujo nível é de alta complexidade de resolução. A Atenção Primária e a Atenção Secundária se comunicam através de um formulário de papel, denominado de referência e contra referência, pois no município do Rio de Janeiro, a implantação dos prontuários eletrônicos, que possibilitaria a comunicação entre unidades de saúde, ainda é insuficiente.

Em relação à atenção ao HIV/AIDS (do inglês, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), agravo objeto deste estudo, nos anos 1980, e nos anos seguintes, o acompanhamento das pessoas vivendo com HIV/AIDS era feito por especialistas, em geral infectologistas, concentrados nas policlínicas e nos ambulatórios dos hospitais (Melo et al., 2018; Santos, 2016). A Atenção Primária seguia uma lógica seletiva, não oferecendo acompanhamento para esses pacientes, limitando-se a ações de prevenção.

A partir da década de 2000, apesar do Ministério da Saúde (MS) publicar manuais indicando ações preventivas, mobilização comunitária, aconselhamentos e cuidados gerais da saúde de pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) nas unidades básicas de saúde (Brasil, 2006; 2005; 2003), o cuidado e a testagem ficavam ainda a cargo dos serviços especializados (Melo et al., 2021).

Na segunda década do ano 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU), do qual o Brasil é signatário, em assembleia para o fim da AIDS, estabeleceu metas globais para o fim da epidemia até 2030, onde os países membros se comprometeram com as metas 90-90-90 que significava que 90% das PVHA conhecessem seu status sorológico (diagnóstico de HIV), que 90% das PVHA estivessem em tratamento com terapias antirretrovirais (TARVs) e que 90% das PVHA estivessem com a carga viral suprimida. Algumas estratégias para alcançar tais metas foram propostas, dentre elas: descentralização do cuidado com maior participação da Atenção Primária, o combate do preconceito contra as PVHA e a prevenção combinada (Santos, 2016).

Diante deste cenário mundial, o MS passou a recomendar a descentralização da oferta

de testes e do acompanhamento dos usuários do serviço especializado para as unidades básicas de saúde (Brasil, 2014a). Esta orientação colocou a APS em protagonismo no diagnóstico e acompanhamento das PVHA, se aproveitando do vínculo dessas unidades com seu território e da oportunidade do diagnóstico precoce, uma vez que a APS é a porta de entrada do sistema de saúde. O diagnóstico oportuno, num tempo considerado adequado é fundamental para diminuir a incidência da infecção na população e reduzir a taxa de mortalidade e atua como prevenção secundária, caso tenha adesão adequada ao tratamento (Greco, 2016).

Essa necessidade da urgência da testagem, da oferta e oportunidade de testes ratifica a importância de os testes diagnósticos serem oferecidos na APS. No entanto, algumas fragilidades como a falta de estrutura das unidades básicas de saúde (UBS) e falta de qualificação profissional, comprometem esse processo resultando em uma sobrecarga da atenção especializada (Zambenedetti; Silva, 2016).

Descentralizar, ampliar e assegurar o acesso à saúde no SUS é fundamental, principalmente dos usuários com doenças crônicas que precisam de um acompanhamento sistemático para reduzir os efeitos das complicações das doenças e aumentar a expectativa de vida (Brasil, 2003). O acesso precisa ser discutido tanto no contexto da gestão, como na definição de planos, estratégias e metas sustentáveis na saúde, assim como no cotidiano das práticas de cuidado em saúde.

Esta dissertação visa problematizar a temática da descentralização e seus fluxos de encaminhamento, entre os diversos níveis de atenção, tomando como objeto de reflexão o cuidado da PVHA.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 HIV- RELATO HISTÓRICO

O HIV é um retrovírus originário da África Subsaariana altamente contagioso, que se disseminou primariamente em homossexuais masculinos, usuários de drogas intravenosas e hemofílicos (Gallo et al.,1983). Os primeiros casos de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) foram detectados nos Estados Unidos no início da década de 1980, quando algumas pessoas começaram a adoecer com pneumonias, linfomas, leucemias e doenças infecciosas oportunistas, como sarcoma de Kaposi. No Brasil, o primeiro registro de caso foi de um homem em São Paulo, só confirmado em 1982 como Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), compartilhando dos mesmos sintomas relatados nos pacientes norte-americanos. A doença, altamente letal no seu início, apresentou-se carregada de estigma, e chegou a ser denominada como “peste gay” (Santos, 2016).

No início da década de 1980 ainda, o Brasil começou a se organizar, por meio das organizações de mobilização comunitária para a criação do primeiro programa de AIDS do Estado de São Paulo, em 1983. Em 1986, surge o Programa Nacional do Ministério da Saúde (Melo; Maksud; Agostini, 2018).

Inicialmente, a doença era tratada sintomaticamente, e por não ter uma medicação específica, o foco se dava na prevenção e no controle das doenças oportunistas, até o isolamento e a identificação do agente etiológico trazendo a possibilidade de um tratamento específico (Santos, 2016). Os medicamentos antirretrovirais surgiram no final da década de 80, com a combinação de algumas drogas que ajudavam a fortalecer o sistema imunológico, porém apresentavam sérios efeitos colaterais (Alves et al., 2022).

Em 1995 surgem os medicamentos antirretrovirais de alta potência (HAART- Highly Active Antiretroviral Therapy), que produziram importante impacto na mortalidade associada ao vírus, já que permitiu o controle da carga viral e o aumento das células de defesa CD4. O Brasil, em 1996, rapidamente iniciou a distribuição destes antirretrovirais no SUS, o que foi fundamental para a melhora clínica e epidemiológica do HIV/AIDS, com redução da mortalidade e aumento da sobrevida (Galvão, 2002; Greco, 2016). O Brasil foi um dos primeiros países a disponibilizar tratamento adequado em rede pública, gratuitamente (Greco, 2016).

Entre os anos de 1980 a 2020 foram identificados 1.011.617 casos de Aids no Brasil, sendo 664.721 (65,7%) em homens e 346.791 (34,3%) em mulheres, com maior concentração

nas regiões Sudeste e Sul, seguidas das regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste (Brasil, 2020). Embora o número de casos venha diminuindo desde 2012, em função dos tratamentos antirretrovirais e das medidas preventivas adequadas, como o uso de preservativos, a expansão da PREP (profilaxia pré exposição) e da PEP (profilaxia pós exposição) nas unidades de saúde e campanhas publicitárias para estimular o uso de preservativos, o número de casos ainda é mais alto do que o desejável.

Para Greco (2016), tanto a mídia como a população em geral têm uma percepção equivocada de epidemia controlada que impede avanços nas discussões tão fundamentais para a prevenção, principalmente entre os mais vulneráveis e nos jovens que não vivenciaram o início da epidemia, sem acompanhar de perto a letalidade da doença não controlada.

De acordo com o Boletim Epidemiológico HIV/AIDS (Brasil, 2020), o maior número de casos de AIDS no Brasil foi registrado na faixa etária de 25 a 39 anos, em ambos os sexos, com predomínio de transmissão via sexual. Essa tem sido a principal via de transmissão entre os maiores de 13 anos, e abaixo dessa faixa etária a maior parte dos casos notificados foi por transmissão vertical. No ano de 2019 foram registrados 41,909 novos casos de HIV e 37.308 casos de Aids no Brasil (Brasil, 2020).

2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde é frequentemente chamada de Atenção Básica, sendo este termo oficialmente reconhecido no SUS. Neste trabalho ambos os termos serão tratados como sinônimos.

A Atenção Primária segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção, a proteção e a recuperação da saúde e deve ser a porta de entrada dos usuários no SUS (Brasil, 2011). Suas ações podem se realizar nas unidades básicas de saúde (UBS) tradicionais e nas unidades que implementaram a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Cada UBS, deve se organizar para atender um conjunto de pessoas adscritas geograficamente e a ESF deve trabalhar na lógica territorial, multiprofissional e ser a mais resolutiva possível (Starfield, 2002).

Na década de 70, as desigualdades sociais e econômicas entre os povos dos países desenvolvidos e em desenvolvimento eram marcantes, o que levou um conjunto de países, com apoio da Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a organizar uma Conferência em Alma-Ata, no Cazaquistão, em 1978. O

objetivo foi o de discutir perspectivas de desenvolvimento e melhoria da saúde mundial. Alma-Ata é um marco para a renovação da Atenção Primária à saúde mundial, passando a saúde a ser vista e retratada como um direito humano fundamental (World Health Organization, 1978), conceito este ratificado na VIII Conferência de Saúde brasileira, que propiciou a criação do SUS (Brasil, 1988).

Através da declaração de Alma-Ata fica evidente que saúde como direito extrapola a dimensão biológica e considera os determinantes sociais, culturais, éticos e políticos no processo saúde-doença. Sua proposta era uma APS abrangente com articulação Inter setorial, que reconhecesse a determinação social dos processos de saúde-doença, exigindo a articulação com outros setores para além da saúde. Uma proposta ousada de renovação da APS que visa contribuir para a melhoria da qualidade de vida e para a paz mundial.

No Brasil, na década de 90, surge o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) visando levar atendimento médico a regiões até então desassistidas. O PACS foi implantado com ações simplificadas, que não se preocupavam com a integralidade e com a melhoria dos serviços de saúde, estando em desacordo com os princípios e diretrizes do SUS (Brasil, 1988). Contudo, esta iniciativa fomentou ações de saúde da mulher, aleitamento materno, terapia de reidratação oral, aumento da cobertura vacinal nas crianças, com conseqüente redução da mortalidade infantil por desidratação e gastroenterite (Lacerda, 2007).

A criação do PACS inspirou a criação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, que introduziu na equipe o médico e o técnico de enfermagem, desenhando as primeiras equipes de saúde. Esse programa tornou possível uma série de mudanças no modo de organização da APS. No entanto, ainda com uma lógica seletiva e com pouca articulação com a rede assistencial (Giovannella, 2012).

A integração dos dois programas, o PACS e o PSF, foi se processando aos poucos, com a entrada dos agentes comunitários de saúde nas equipes de saúde da família, conformando assim o que se denominou Estratégia Saúde da Família (Brasil, 1997). A proposta era ampliar a cobertura populacional, principalmente nas áreas mais vulneráveis.

A APS é atualmente estruturada como porta de entrada do SUS, equipada com uma equipe multidisciplinar, organizada através de uma base territorial definida e com uma clientela adscrita. Torna-se a base da RAS, ordenadora do cuidado e responsável pela gestão do cuidado do paciente (Melo et al., 2021).

2.3 APS - PRIMEIRO ACESSO

O acesso aos serviços públicos de saúde é um tema relevante para a saúde pública e está preconizado nas diretrizes do SUS, seja na Universalidade (acesso universal) que garante o acesso aos serviços públicos de saúde em todos os níveis de atenção, na Equidade com a igualdade de assistência, sem preconceitos ou privilégios, e na Integralidade com o acesso às ações e serviços preventivos e curativos nos diferentes níveis de complexidade do sistema (Brasil, 1990).

A definição de acesso à saúde e a criação de indicadores que possam mensurá-lo é objeto de estudo de vários autores (Penchansky; Thomas, 1981; Sanchez; Siconelli, 2012; Ferreira; Salgado Junior; Costa, 2019), extrapolando a dimensão de um simples conceito e compreendendo-o de forma ampla, multidimensional, com seus aspectos tangíveis e não tangíveis. Embora o acesso possa ser considerado um termo polissêmico, é possível identificar pontos de concordância entre os autores. Nesse sentido, acesso é muitas vezes compreendido como a entrada dos usuários no sistema de saúde, o acolhimento e suas trajetórias na busca de resolver as suas demandas (Assis, 2020; Lacerda et al., 2019). Outros autores discutem o acesso a partir da acessibilidade, ou seja, consideram a oferta dos serviços de saúde disponíveis para a população e a utilização desses serviços (Travassos; Martins, 2004).

Penchansky e Thomas (1981) consideram o acesso como algo multidimensional, incluindo cinco subdimensões que nomearam como disponibilidade, acessibilidade, adequação, aceitabilidade e custo do financiamento, indicando que tais subdimensões estão interrelacionadas e devem ser analisadas a partir das relações que se estabelecem entre os usuários e o sistema de saúde.

Para este estudo será utilizada a acessibilidade (Penchansky e Thomas, 1981), considerando aspectos como a localização dos serviços, a distância, o tempo de deslocamento e a possibilidade de ir acessar ao local da assistência sempre que os usuários necessitem.

Também será utilizada a dimensão da gestão do cuidado, entendida como a aplicação de tecnologias de saúde de maneira individualizada a favor do bem-estar do paciente, com o intuito de proporcionar, além do sucesso do tratamento proposto, uma vida autônoma, com qualidade de vida, produtiva e feliz. De acordo com Fekete (2000), a gerência do cuidado é a capacidade que a equipe de saúde tem de produzir o cuidado a partir de um planejamento técnico, político e operacional individual ou coletivo para a assistência aos usuários no âmbito biopsicossocial. As necessidades individuais devem gerar planos terapêuticos

individuais, pensados e desenhados especificamente para resolver de maneira singular as demandas trazidas e ouvidas pelos pacientes. Para isso, é necessário uma equipe com autonomia e articulação transdisciplinar para tomadas de decisão produzindo cuidado.

A discussão do acesso e da gestão do cuidado é muito importante para o campo da Saúde Pública, em especial das pessoas vivendo com HIV/Aids, objeto do estudo. Embora se tenha uma queda no número de casos de infecção e redução da taxa de mortalidade ao longo dos últimos anos, o enfrentamento e o controle do HIV/AIDS ainda é um desafio em todo o território nacional (Brasil, 2020).

2.4 HIV/AIDS NO BRASIL: ACOMPANHAMENTO NA APS OU NO SERVIÇO ESPECIALIZADO?

No início da epidemia da AIDS e nos anos seguintes, o acompanhamento das pessoas vivendo com HIV/AIDS era feito por especialistas, em geral infectologistas, concentrados nas Policlínicas e nos ambulatórios dos hospitais, pois a atenção básica, seguindo a lógica seletiva da APS não oferecia tratamento para esse público. Os testes diagnósticos também eram feitos nesses locais e, posteriormente, passaram a ser realizados nos Centros de Testagem e Aconselhamento. Foi a partir de 2006, figurando no texto da Política Nacional de Saúde (PNAB), que através da Estratégia Saúde da Família (ESF) houve uma reorganização do modelo assistencial da APS, estabelecendo suas práticas de assistência, a partir de um território, com clientela adscrita, com vinculação entre paciente-profissional e com equipes multiprofissionais. Posteriormente em 2012, as Unidades Básicas de Saúde, em especial as equipes de Saúde da Família, passaram a desenvolver ações de prevenção, busca ativa, aconselhamento e diagnóstico do HIV, com testagens, porém o tratamento continuava sendo realizado nos serviços de referência especializados (BRASIL, 2006), consolidados como responsabilidade da atenção especializada (Melo et al., 2021)

Zambenedetti e Silva (2016) fazem um resgate cronológico da história do tratamento das PVHA. Relatam que até 2012 os pacientes assintomáticos não recebiam terapia com antirretroviral (ARV) e era fácil de ser acompanhado na atenção básica, exigindo apenas desses profissionais, solicitações de exames para acompanhar a carga viral e situação imunológica, além do exame clínico periódico. Quando se necessitava do uso de medicamentos antirretrovirais, ou ocorria alguma intercorrência da AIDS, como uma coinfeção por hepatite, tuberculose ou alguma doença oportunista, esse paciente era encaminhado ao especialista.

No entanto, a partir de 2012, foi preconizada a administração de antirretrovirais para todos os pacientes assintomáticos diagnosticados com HIV, a fim de diminuir a transmissibilidade (Brasil,2013). A partir de 2013-2014, a Atenção Primária à Saúde (APS) começou a ganhar centralidade no manejo do HIV/AIDS, com o Ministério da Saúde recomendando que a gestão do cuidado de pessoas com HIV/AIDS fosse realizada em todos os níveis de atenção, mas especialmente na Atenção Básica (Brasil, 2014a). Nesse mesmo ano foi publicado o Caderno de boas práticas em HIV/AIDS na Atenção Básica (Brasil, 2014b), com o objetivo de apresentar experiências bem-sucedidas de descentralização do cuidado em alguns municípios, como o Rio de Janeiro, e fomentar o acompanhamento dos usuários com HIV/AIDS na APS. Isto tornou o manejo da situação mais complexo de ser acompanhado na APS, principalmente pela falta de qualificação dos profissionais nesse nível de atenção (Zambenedetti, Silva, 2016). Porém na APS, havia como facilitador, a oportunação dos diagnósticos precoces, pois realizava os testes rápidos e a adscrição territorial favorecia a adesão ao tratamento, além de toda a facilidade para o aconselhamento e o vínculo entre o usuário e toda a equipe multiprofissional. No entanto, outros fatores dificultadores foram sendo percebidos ao longo do processo, como a falta de sigilo, por conta de a vizinhança frequentar a mesma clínica, dos ACS serem da mesma comunidade e a alta rotatividade dos profissionais da equipe que prejudicava o vínculo com a equipe. Essa historicidade possibilita entender o fluxo de PVHA para os serviços especializados e sua sobrecarga, além das dificuldades da descentralização do cuidado e acompanhamento desses pacientes na APS.

A proposta do MS foi a de qualificar os profissionais da APS na testagem e no acompanhamento dos usuários assintomáticos e viabilizar o acesso aos antirretrovirais, se beneficiando de sua capilaridade territorial (Brasil,2018). Desse modo, os usuários de baixo risco assintomáticos estáveis seriam atendidos na APS, enquanto os de maior risco como os sintomáticos, os que apresentassem coinfeção, as gestantes e as crianças, seriam encaminhados para os serviços de atenção especializada.

Medeiros et al (2010) pontuam que é pressuposto que a ESF tenha certa estabilidade da equipe para desenvolver o modelo de trabalho proposto. A rotatividade gera insatisfação nos processos de trabalho, prejudica a efetividade e a resolutividade, quebra a solubilidade dos planos terapêuticos e o acompanhamento de doenças crônicas e das relações dos usuários com a equipe, fragilizando o vínculo tão necessário para a adesão ao tratamento. Apontam que essa rotatividade é causada, em parte, por vínculos empregatícios frágeis e temporários, regime e carga de trabalho insatisfatórios, distância da residência e a ampla oportunidade de trabalho para o médico como fatores importantes da rotatividade. A sobrecarga de trabalho

frente a pouca infraestrutura e salários que não compensam também são apontados como fatores para a rotatividade (Panni, 2012). Seu estudo revela que a rotatividade afeta todas as regiões do Brasil, que não é um caso isolado do RJ, e traz grandes prejuízos à Estratégia de Saúde da Família em si.

É importante sinalizar que com a introdução das terapias antirretrovirais, a mortalidade reduziu, aumentando a sobrevivência das PVHA e reduzindo a frequência e duração das internações, o que levou a doença a ter uma característica de doença crônica (Alencar et al., 2008). Pela necessidade de um acompanhamento sistemático é pressuposto que as doenças crônicas sejam assistidas na APS. O não acompanhamento adequado e regular das condições crônicas, que inclui o HIV/AIDS, pode acarretar em internações e mortes evitáveis.

A OMS define como doenças crônicas, os problemas de saúde que requerem acompanhamento permanente e necessidade ininterrupta de uso de medicações e incluiu a AIDS como doença crônica transmissível. Clarke (1994) descreve três fatores que a literatura aponta para diferenciar doenças agudas de doenças crônicas. São elas: a duração do evento, existência de marcadores específicos para monitoramento da progressão da doença, rapidez da manifestação e recorrência. Para que a AIDS fosse redefinida como condição crônica foi necessário o avanço do conhecimento sobre o curso da infecção pelo HIV, a possibilidade de monitoramento da progressão da doença através dos marcadores de CD4 e carga viral e o surgimento e avanço das medicações antirretrovirais, considerado o grande responsável pela suspensão de sintomas e aumento da sobrevivência como relatam Alencar et al (2008).

Em 2002 a OMS publicou um relatório sobre cuidados para as condições crônicas, na qual apoia e incentiva o manejo dessas enfermidades na APS. Segundo o relatório, as condições crônicas nas quais o HIV está incluído, são responsáveis por 60% de todo ônus de doenças mundialmente falando e que a adesão ao tratamento chega a ser de apenas 20%, sendo necessário uma forte estratégia para fazer as pessoas aderirem o tratamento e diminuir os custos governamentais com posteriores intervenções e internações. São intercorrências evitáveis que com boa estratégia a Atenção Primária tem condições plenas de identificar, envolver sua clientela e tratar (World Health Organization, 2003, p.105).

Em relação à prevenção, foram implementadas a profilaxia pós-exposição (PEP) e a profilaxia pré-exposição (PrEP) ao HIV para determinadas populações no SUS, podendo o PEP ser realizado na APS ou nos serviços de referência e o PrEP exclusivamente nos serviços especializados (Brasil, 2017a).

Melo et al. (2021) na pesquisa *O Cuidado às Pessoas com HIV/AIDS na Rede de Atenção à Saúde*, no âmbito do município do Rio de Janeiro, onde o foco foi a

descentralização do cuidado a essa população, relatam que a escolha do serviço para acompanhamento do HIV é de preferência do usuário, o que atrapalha, muitas vezes, a descentralização. Os autores sinalizam que as testagens na APS contribuem para o acompanhamento na própria unidade, pois apuraram que os usuários que já possuem um vínculo com a APS tendem a realizar o acompanhamento no local onde se sentem acolhidos. Em relação aos usuários que apresentam uma condição clínica de maior risco, como as gestantes, crianças, adolescentes ou com coinfeções precisam ser encaminhados ao infectologista. Os usuários advindos do sistema privado ou recentes no território normalmente se sentiam mais confortáveis acompanhados por especialistas, sendo que alguns usuários relataram também o receio de discriminação e estigmatização no território.

Para Zambenedetti (2015), o território tem um papel paradoxal em relação ao estigma do HIV na ESF. Ao mesmo tempo que deveria acolher o usuário em qualquer situação, a possibilidade da revelação de seu diagnóstico de HIV positivo pode gerar uma tensão e um desconforto expressivo, o que leva a PVHA a preferir não usar a sua clínica de referência. A proximidade com a sua residência tanto facilitava quanto dificultava, pois os agentes comunitários ora eram reconhecidos como profissionais de saúde, ora eram reconhecidos como vizinhos, além dos outros vizinhos também frequentavam a mesma unidade de saúde.

Em outro estudo mais recente, Santos et al. (2016) analisaram a percepção de usuários, trabalhadores e gestores em relação à descentralização do cuidado das PVHA para a atenção básica e perceberam a resistência por parte dos profissionais e de usuários em relação a mudança do *status quo* vigente de acompanhamento especializado. Os profissionais de saúde da APS não se sentiriam seguros em medicar, reclamam do excesso de programas vigentes, além de considerar difícil acompanhar um grupo com determinadas características e complexidades. Os usuários, por sua vez, nem sempre se sentiam confortáveis em seu território, sendo necessária muita negociação por parte dos gestores, e flexibilização do território para começar o processo de descentralização. Os especialistas, por sua vez, também ficavam receosos de encaminhar o usuário que já fazia tratamento com ele para um profissional menos experiente e o mesmo acabar abandonando o tratamento.

O estudo de Santos et al. (2006), sugere, assim, uma descentralização gradativa, com aporte matricial e flexibilidade quanto a escolha de onde o usuário prefere ser atendido, ponto fundamental para a adesão ao tratamento, respeitando integralmente o princípio de universalidade do SUS.

Para Zambenedetti e Silva (2016), o processo de descentralização é desafiador e tem mais chance de se efetivar se ocorrer de maneira corresponsável, em vez de uma mera

transferência de responsabilidade do ambulatório especializado para a APS.

Giovanella (2008) já havia sinalizado a importância da APS no cuidado aos usuários com doenças crônicas, como no caso de pessoas vivendo com HIV/AIDS, no qual a coordenação e a longitudinalidade, atributos de uma APS, são fundamentais para garantir o vínculo, a adesão e a continuidade do cuidado. A gestão compartilhada do cuidado entre a APS e os serviços especializados, desse modo, é relevante para ampliar o acesso dos usuários à rede de serviços públicos de saúde, propiciar maior adesão ao tratamento, fortalecer o vínculo com o profissional/equipe de saúde e melhorar o atendimento das pessoas que vivem com HIV/AIDS (Brasil, 2017b).

Assim, com a evolução do tratamento antirretroviral e todo o incentivo à pesquisa em relação à infecção pelo HIV, as PVHA que seguem o tratamento recomendado, podem ser consideradas como tendo uma condição crônica, com novas perspectivas para si e para o sistema de saúde. A infecção pelo HIV se configura a cada dia mais como uma doença crônica tratável, embora não curável (Grangeiro et al., 2015). Portanto, parece lógico que seja acompanhada nos mesmos moldes das demais enfermidades crônicas, na Atenção Primária como ocorre mundialmente (Santos et al., 2016).

A integração entre os níveis de atenção no manejo da infecção pelo HIV deve ser incentivada como uma estratégia para ampliar a prevenção e o acesso ao diagnóstico e tratamento.

2.5 A ATENÇÃO AO HIV/AIDS NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

O Rio de Janeiro foi uma das primeiras cidades que iniciou o tratamento precoce de HIV/AIDS na APS. Em 2013, a gerência que assumiu a coordenação de DST, AIDS e Hepatites virais do município evidenciou um número alarmante de óbitos por AIDS acontecendo nas emergências públicas, indicando que havia sérios problemas no acesso aos serviços especializados (Brasil, 2014b). Ao fazer o diagnóstico situacional da rede assistencial do município, constatou que os serviços especializados estavam em colapso e sobrecarregados, que os usuários tinham dificuldades de acesso e que seria necessário descentralizar o atendimento dos serviços especializados para a APS, ampliar o diagnóstico com testes rápidos e iniciar o tratamento precoce das pessoas vivendo com HIV/AIDS para um eficaz controle da epidemia no município.

Apesar da importância de se ampliar o acesso e o acompanhamento das pessoas com HIV/AIDS na APS e, mais especificamente na Saúde da Família, Melo, Maksud e Agostini

(2018) sinalizam a escassez de trabalhos na literatura sobre a descentralização do cuidado dos serviços especializados para a APS e apontam alguns desafios que precisam ser enfrentados. O primeiro desafio remete à integração dos níveis de atenção na gestão compartilhada do cuidado, tendo em vista que muitos especialistas não consideram o médico generalista preparado para o manejo clínico dos usuários com HIV/ AIDS e alguns desqualificam o trabalho dos profissionais da APS. O outro desafio está relacionado ao sigilo e confidencialidade. Alguns usuários temem que o seu diagnóstico seja revelado e eles sejam expostos na comunidade e estigmatizados em relação à doença, haja vista que a Saúde da Família se constitui como uma equipe multiprofissional na qual as informações são compartilhadas, fazendo com que muitos busquem acesso ao tratamento longe da sua moradia.

Alves (2017), em seu estudo sobre a implantação da descentralização no município do Rio de Janeiro, conclui que o processo de implantação estava em 2017 parcialmente implantado. Identifica importantes avanços na área diagnóstica, preventiva e de assistência farmacêutica, porém ainda com fortes limitações na qualificação profissional, coordenação do cuidado e monitoramento do processo.

Partindo do pressuposto que a APS é a porta de entrada do SUS, é imperativo ampliar o acesso e assegurar a atenção e o cuidado das pessoas que vivem com HIV/AIDS. Cabe questionar: Por que os serviços especializados continuam superlotados e os usuários têm dificuldades em realizar o acompanhamento na APS? Até que ponto a alta rotatividade dos médicos na Saúde da Família (Magnago, Pierantoni, 2014; Pierantoni et al., 2015) rompe os vínculos de confiança e a adesão ao tratamento na APS e contribui para que as pessoas vivendo com HIV/AIDS busquem atendimento com os especialistas?

Desse modo, a presente proposta de trabalho tem como objeto a descentralização do cuidado e o fluxo de encaminhamento das pessoas vivendo com HIV/AIDS entre a APS e a Atenção Especializada no município do Rio de Janeiro, entendendo o acesso em uma perspectiva ampliada (Penchansky; Thomas, 1981) e considerando que os desafios sugeridos por Melo, Maksud e Agostini (2018) merecem ser aprofundados por meio de pesquisas científicas.

2.6 FLUXOS DE ENCAMINHAMENTOS E INTEGRAÇÃO ENTRE OS NÍVEIS DE ATENÇÃO

No Brasil, a Política Nacional de Regulação, através da Portaria nº 1.559, no ano de

2008, institui a regulação do acesso assistencial baseado em protocolos e critérios e objetiva o gerenciamento e classificação dos riscos para otimizar a utilização dos recursos e organiza os fluxos de encaminhamento de acordo com as prioridades e necessidades de cada usuário (Brasil, 2008).

O SISREG informatizou as filas de espera e trouxe transparência e visibilidade a todas as oportunidades de vagas, além de ter favorecido a interação entre os níveis de atenção. É um sistema online de agendas para controlar, organizar e gerenciar toda a regulação de vagas (Silva Junior, 2022). A regulação é feita por profissionais técnico-competentes, normalmente profissionais médicos, com autoridade sanitária, capazes de decidir criteriosamente e através do protocolo de regulação as prioridades de demandas garantindo, assim, o princípio da equidade e ordenar os fluxos de encaminhamento, coordenar o cuidado e garantir a atenção integral ao paciente (Kochi & Baldasso, 2016; Mendes, 2011).

Participam do sistema de regulação ambulatorial as Unidades de Atenção Primária, a Central de Regulação e as unidades de referências (ambulatórios especializados, serviços de exames diagnósticos e atenção hospitalar para procedimentos eletivos).

Desde 2012, o município do RJ adotou um modelo descentralizado de regulação ambulatorial onde a marcação de exames e consultas especializadas são realizadas por médicos da APS e as vagas são disponibilizadas por uma central de regulação. Esses médicos reguladores normalmente são os médicos responsáveis técnicos da unidade e que muitas vezes também são médicos de equipes e acumulam as duas funções, eles avaliam as solicitações dos colegas da própria unidade, podendo autorizar e agendar, devolver ou até recusar as solicitações.

O município do Rio de Janeiro estabelece através da carteira de serviços da APS (um livreto com a relação dos serviços prestados nesse nível de atenção), que a APS tem a responsabilidade de acompanhamento e cuidado das PVHA. Caso esse paciente apresente alguma condição clínica que precise ser avaliado ou acompanhado pelo infectologista, deverá ser encaminhado através do Sistema de Regulação (SISREG) para o nível secundário, levando uma guia de encaminhamento para o especialista preenchida detalhadamente. Ao final do tratamento ou a qualquer tempo onde necessite uma comunicação entre os níveis de atenção, essa guia de encaminhamento deverá ser preenchida e respondida. Essa guia é denominada de Guia de Referência, tendo uma parte destacável para a resposta, relativa à Contrarreferência.

A seguir apresenta-se a Guia de encaminhamento de usuários (sistema de comunicação formal da rede municipal) utilizada no município do RJ, disponibilizada para os

profissionais na plataforma virtual da SUBPAV.

Figura 1 - Guia de Referência e Contra Referência SMS/RJ

RIO PREFEITURA SAÚDE		PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO Secretaria Municipal De Saúde e Defesa Civil				SUS SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	
Encaminhamento de usuários (Referência e Contra-referência)							
Nome*					Nº do Prontuário		
Data Nascimento*	Idade	Sexo	Raça/Cor* <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena		CPF	Nº do Cartão SUS*	
Nome da Mãe*			Nome do Pai				
Endereço*				Bairro*		CEP	
Município/Estado Residência*			Município/Estado de Nascimento*		Telefone Residencial	Telefone Celular	
Unidade de Saúde Solicitante*				CNES*		Telefone da Unidade	
Dados do Encaminhamento							
Especialidade Encaminhada			Nome do Profissional (sugerido)			Unidade (sugerida)	
Dados de Atendimento							
				Peso(Kg)	Altura(m)	Pressão (mm/Hg)	Temperatura
Motivo do Encaminhamento (dados clínicos)							
Exames Solicitados e resultados							
CID 10		Data do Encaminhamento					

*Serviços obrigatórios

Nome e Carimbo do Profissional

* Levar à consulta agendada: a) documento de identificação; b) este formulário de Encaminhamento (Referência e Contra-referência); c) comprovante de agendamento do SISREG.

*Solicite ao médico da consulta especializada o preenchimento dos campos abaixo (contra-referência) para devolver ao médico do seu CMS ou Clínica da Família.

Contra-Referência (Para uso na Unidade Referenciada)			
Nome do (a) paciente		Nº do Cartão SUS*	Nº do Prontuário
Unidade de Saúde de Origem		Endereço	Bairro
Parecer Inicial			
Exames solicitados e Resultados			
Tratamentos indicados			

Destaque a parte pontilhada e devolva-a ao paciente orientando-o a apresentá-la em sua Unidade de Origem.

Fonte: Plataforma SUBPAV

Alves et al. (2022) avaliaram a integração entre os níveis primário e secundário no município do RJ no período de 2013 a 2016, e constataram que apesar das normativas para os fluxos de referência existirem, perceberam conflitos nos papéis da APS e da atenção especializada e classificaram como parcialmente implantado. Relataram também que o fluxo

de referência se dava através de um sistema de regulação, porém a acessibilidade ao infectologista não era homogênea em todas as regiões, especialmente quando se tratava de atendimentos à gestantes e crianças, caracterizando uma barreira de acesso. Ademais sinalizaram que a distribuição geográfica dos especialistas também era mais concentrada, sendo um potencial problema de adesão por conta de um deslocamento importante. Rocha (2015), também apontou em seu estudo um baixo investimento na aproximação entre os especialistas e os médicos da APS no município do Rio de Janeiro, que se traduz em prejuízo na integração e fragmentando a coordenação do cuidado. Silva Junior et al. (2022), relatam a ampla utilização atual das tecnologias de comunicação especialmente de aplicativos de conversas entre os reguladores de diversas unidades da mesma área e dos Núcleos Internos de regulação das Coordenadorias de Áreas Programáticas, e que esses aplicativos podem operar de forma complementar aos sistemas formais de comunicação. Ademais, por sua agilidade e por já serem popularmente utilizados para outros fins entre os profissionais, podem contribuir para a construção de uma rede ampla de comunicação entre reguladores e demais profissionais. Mendes e Almeida (2020) sinalizam que os aplicativos de mensagens são utilizados principalmente entre profissionais conhecidos, reforçando a necessidade de se investir em momentos de inter-relações pessoais na rede para que os profissionais se conheçam, se relacionem e fomentem a colaboração entre eles, pois as relações de proximidade são fundamentais para a colaboração, confiança e trocas de experiências profissionais.

3 OBJETIVOS

GERAL: Avaliar o processo de descentralização do cuidado do HIV/AIDS para a Atenção Primária e seus fluxos de encaminhamento no município do Rio de Janeiro, na Área de Planejamento 2.1 na perspectiva dos gestores e médicos.

ESPECÍFICOS:

1. Descrever as estratégias utilizadas por parte dos gestores e trabalhadores para a descentralização do cuidado das PVHA para os serviços de Atenção Primária da AP 2.1;
2. Identificar como os serviços de Atenção Primária, mais especificamente a Saúde da Família, e os serviços especializados no município do Rio de Janeiro, na AP 2.1, se organizam para atender os usuários com HIV/AIDS;
3. Analisar os aspectos facilitadores e dificultadores do fluxo de encaminhamento por meio das subdimensões acessibilidade e gestão do cuidado das pessoas vivendo com HIV/AIDS na Atenção Primária à Saúde e nos serviços de atenção especializada.

4 JUSTIFICATIVA

A escolha da temática da descentralização e os fluxos de encaminhamento das pessoas vivendo com HIV/AIDS entre a APS e os serviços de atenção especializada, discutindo a acessibilidade e a gestão do cuidado na APS se justificam pela relevância dessa discussão no campo da Saúde Pública, além da insuficiência de trabalhos na literatura a respeito, que permitam uma compreensão mais abrangente desta questão.

Também se justifica pelo fato de ser gestora de uma unidade de atenção secundária do município do RJ, na Área de Planejamento (AP) 1.0, com um serviço de Infectologia regulado pelo Sistema de Regulação (SISREG) e sobrecarregado de usuários de baixo risco que vivem com HIV/AIDS e que poderiam ser acompanhados na APS.

Torna-se de suma importância analisar os entraves do acompanhamento das pessoas vivendo com HIV/AIDS na APS e entender a superlotação dos serviços especializados e fila de espera no SISREG nove anos depois do início do processo de descentralização desse cuidado no Rio de Janeiro em 2013, com a reforma da APS no município (Alves, 2017).

A pesquisa pode trazer subsídios para a reorganização do serviço e construção de agendas políticas que ampliem o acesso e fomentem a integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde. Esse debate se mostra relevante para o campo da Saúde Pública ao se discutir a acessibilidade, aceitabilidade e o acompanhamento das pessoas que vivem com o HIV e a AIDS, diante da reforma da APS que propõe a descentralização do cuidado e o manejo desses usuários devido à cronicidade atual da doença.

5 METODOLOGIA

5.1 DESENHO DO ESTUDO

A proposta do presente trabalho é uma pesquisa de natureza qualitativa, visando explorar o processo de descentralização da atenção às PVHA sob a perspectiva dos gestores, médicos da APS e do serviço especializado na AP 2.1, do município do RJ.

A pesquisa qualitativa utiliza diferentes técnicas interpretativas que pretendem analisar dados descritivos coletados mediante contato direto ou indireto do pesquisador com o ambiente ou situação objeto de estudo. Na abordagem qualitativa visamos, assim, a compreensão do fenômeno em investigação por meio de um conjunto de práticas interpretativas, que posiciona o pesquisador no mundo (Flick, 2009).

Está relacionada ao sentido atribuído pelos sujeitos às experiências vivenciadas e a forma como compreendem e dão sentido às mesmas. Busca, portanto, entender as situações a partir das perspectivas dos participantes, gerando uma interpretação dos dados situacionais, questionando suposições de senso comum. Não procura quantificar ou enumerar, porém não significa que não consegue mensurar ou explicar fenômenos sociais (Pope; Mays; 2009, Flick, 2009). O método qualitativo se ancora na possibilidade de gerar informações minuciosas, ricas e bastante detalhadas, sempre de forma contextualizada (Santos; Cardoso e Oliveira, 2023).

5.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa de campo foi realizada no município do Rio de Janeiro, na Área de Planejamento 2.1, que compreende a região da Zona Sul, entre janeiro e março de 2023. Foi escolhida essa região por ter o segundo maior número de infectologistas depois da Área Programática 1.0 (centro), na qual se optou por não realizar a pesquisa, diante da situação de ser gestora de uma Policlínica dessa região.

A AP 2.1 é composta por 17 bairros divididos em 4 regiões administrativas, com uma população estimada em 2010, no último Censo realizado pelo IBGE de 639.522 pessoas, sendo que 22% da população ou 1.434.975 habitantes residia em favelas (Data Rio) e possui a RA com maior densidade demográfica (Rocinha) com 48.258 hab/km².

A AP 2.1 tem serviços de APS, com equipes da Estratégia Saúde da Família, e serviços de atenção especializada que atendem as pessoas que vivem com HIV/AIDS.

O estudo foi realizado nas seguintes unidades: CMS Manoel José Ferreira, CMS João

Barros Barreto, CMS Dom Hélder Câmara e CMS Pindaro Carvalho Rodrigues, além das CF Rocha Maia e CF Santa Marta.

5.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos da pesquisa são os médicos da APS, todos da Estratégia de Saúde da Família; médicos dos serviços especializados, todos infectologistas; e gestores, sendo um coordenador de área, da 2.1, um gerente de clínica da família, um diretor de CMS e o gerente de IST/HIV da SMS/RJ.

Os critérios de seleção dos médicos consistiram em estar atuando na AP 2.1 como médico generalista na APS, preferencialmente na equipe de Saúde da Família, ou como infectologista no serviço de atenção especializada e ter pelo menos 6 meses de experiência no atendimento dos usuários com HIV/AIDS.

Foram escolhidas estas duas categorias profissionais (médicos e gestores) por serem os principais atores envolvidos com o processo de descentralização do cuidado e para se obter diferentes perspectivas, enriquecendo a compreensão do objeto em estudo.

5.4 FONTES E TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS

Para alcançar o objetivo específico 1, descrever as estratégias utilizadas por parte dos gestores e trabalhadores para a descentralização do cuidado das PVHA para os serviços de Atenção Primária da AP 2.1, foi realizado um levantamento das estratégias utilizadas pelos profissionais e pelos serviços de APS e de atenção especializada que atendem pessoas vivendo com HIV/AIDS na AP 2.1 para alcançar a descentralização almejada pela gestão do município, por meio de análise documental e entrevista semi-estruturada com médicos e gestores.

Os documentos analisados foram: Carteira de serviços da APS, Carteira de serviços da Atenção secundária, Cadernos de Atenção Básica: HIV/AIDS, hepatites e outras DST, Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos, 5 Passos para a implementação do manejo da infecção pelo HIV na Atenção Básica: Guia para gestores, Caderno de Boas Práticas em HIV/AIDS na Atenção Básica, Diretrizes para a organização dos serviços de saúde que ofertam a Profilaxia Pré-Exposição Sexual ao HIV (PREP) no Sistema Único de Saúde, Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica: manual para a equipe multiprofissional e Guia Rápido - Infecção pelo HIV e

AIDS.

Para alcançar o objetivo específico 2, identificar como os serviços de Atenção Primária, mais especificamente a Saúde da Família, e os serviços especializados no município do Rio de Janeiro, na AP 2.1, se organizam para atender os usuários com HIV/AIDS, foi realizada uma análise documental de normativas e portarias e entrevistas com médicos e gestores para identificar como esses serviços (APS e Especializado) se organizam para atender às PVHA.

Os documentos analisados foram: Carteira de serviços da APS, Carteira de serviços da Atenção secundária, Cadernos de Atenção Básica: HIV/AIDS, hepatites e outras DST, Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos, 5 Passos para a implementação do manejo da infecção pelo HIV na Atenção Básica: Guia para gestores, Caderno de Boas Práticas em HIV/AIDS na Atenção Básica, Diretrizes para a organização dos serviços de saúde que ofertam a Profilaxia Pré-Exposição Sexual ao HIV (PREP) no Sistema Único de Saúde, Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica: manual para a equipe multiprofissional e Guia Rápido - Infecção pelo HIV e AIDS.

Para atingir o objetivo específico 3, analisar os aspectos facilitadores e dificultadores do fluxo de encaminhamento por meio das subdimensões acessibilidade, aceitabilidade e gestão do cuidado das pessoas vivendo com HIV/AIDS na Atenção Primária à Saúde e nos serviços de atenção especializada, a coleta de informações foi realizada por meio de entrevistas, com roteiro semi-estruturado, com médicos, gestores e usuários.

Foram estimadas, no total, 14 entrevistas, incluindo 05 com médicos da APS, 5 com médicos dos serviços especializados e 4 gestores, sendo 1 Coordenador de Área, 1 da APS e 1 da Atenção especializada, e 1 do nível central, no sentido de capturar os diversos olhares e perspectivas, e a existência ou não de convergência subjetiva na percepção em relação ao objeto (Hesse-Biber, 2010). Na pesquisa os gestores entrevistados foram denominados de Gestor 1, Gestor 2, Gestor 3 e Gestor 4. Em relação aos médicos, foram denominados Médico APS (de 1 a 5), quando da ESF, e Médico Infectologista (de 1 a 5), quando especialista.

No sentido de não identificar os participantes, os trechos das falas expostos foram identificados pela posição ocupada, seguido da ordem da entrevista.

5.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise foi conduzida por meio de análise de conteúdo temática (Bardin, 1977) das

entrevistas realizadas. Após a transcrição das entrevistas foi realizada uma leitura “flutuante” das mesmas de forma a capturar o fluxo de desenvolvimento dos tópicos por parte dos participantes. Em seguida, foi realizada a análise de conteúdo categorial, na qual as falas dos entrevistados foram agrupadas de acordo com as dimensões exploradas, ou seja, a descentralização do cuidado do HIV/AIDS para a Atenção Primária e seus fluxos de encaminhamento, analisando seus dificultadores e facilitadores desses processos, bem como a acessibilidade dos usuários aos serviços de saúde, aceitabilidade do atendimento na APS e a gestão do cuidado das pessoas vivendo com HIV/AIDS. Foram então, analisadas as convergências e divergências das falas em relação às dimensões exploradas e sua frequência de aparição.

O uso de mais de uma fonte e de diferentes técnicas possibilitou abordar o fenômeno de forma mais abrangente, verificando a convergência dos achados, ou seja, a triangulação, por meio da concordância, ou mesmo a corroboração de um pelo outro. Também possibilitou a complementação, onde através de uma técnica, por exemplo a entrevista, obtemos determinadas informações, e por meio de outra, a análise documental, apreendemos outro tipo de características do objeto em análise, ambos se complementando (Santos, Cardoso e Oliveira, 2023).

A análise de conteúdo das entrevistas utilizou as seguintes categorias temáticas.

- Descentralização do cuidado, seus dificultadores e facilitadores (subdimensão de aceitabilidade);
- Facilitadores e dificultadores do fluxo de encaminhamento (subdimensão de acessibilidade).

Na matriz a seguir encontram-se descritos os componentes da metodologia alinhados aos objetivos da pesquisa.

Quadro 1 - matriz de informação metodológica

Matriz de Informação				
Objetivos Específicos	Técnicas de coleta	Instrumento	Fonte	Análise
Descrever as estratégias utilizadas por parte dos gestores e trabalhadores para a descentralização do cuidado das PVHA para os serviços de Atenção Primária da AP 2.1.	Análise documental e entrevista	Roteiro de análise documental e roteiro de entrevista	Carteira de serviços da Atenção primária e secundária Gestores, trabalhadores	Triangulação e Complementação
Identificar como os serviços de Atenção Primária, mais especificamente a Saúde da Família, e os serviços especializados no município do Rio de Janeiro, na AP 2.1, se organizam para atender os usuários com HIV/AIDS.;	Análise documental e entrevista	Roteiro de análise documental e Roteiro semi-estruturado	Carteira de serviços da Atenção Primária do município do RJ, portarias, notas técnicas, normativas Médicos e gestores	
Analisar os aspectos facilitadores e dificultadores do fluxo de	Entrevista	Roteiro semi-estruturado	Gestores e trabalhadores	

<p>encaminhamento por meio das subdimensões acessibilidade, aceitabilidade e gestão do cuidado das pessoas vivendo com HIV/AIDS na Atenção Primária à Saúde e nos serviços de atenção especializada.</p>				
--	--	--	--	--

Fonte: Autoria Própria

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

Considerando-se os aspectos éticos que envolvem as pesquisas com seres humanos referentes às resoluções nº. 466/2012, nº. 510/2016 e nº 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde, este projeto de pesquisa foi aprovado pela banca de qualificação, foi submetido e avaliado e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos da ENSP/FIOCRUZ, obtendo o número CAAE 5.691.232, e da Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro, número CAAE 5.830.343, conforme os critérios éticos e legais.

Os participantes concordaram em participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), cientes dos riscos e benefícios da entrevista, conforme explicitados por escrito neste mesmo termo. Os possíveis riscos seriam a identificação dos entrevistados, considerando suas posições como gestores e a identificação dos usuários nos bancos de dados secundários. Os Gerentes e representantes da Unidade de Saúde que participaram da pesquisa, assinaram o termo de anuência institucional, conforme exigência dos CEP.

Os relatórios solicitados à Secretaria Municipal do Rio de Janeiro foram fornecidos sem nomes ou informações pessoais dos usuários. A anuência da SMS/RJ foi solicitada

através do Termo de Anuência (Apêndice 1) assinado pelo pesquisador e pelo representante da dita Secretaria, garantindo a preservação da confidencialidade dos dados fornecidos e da preservação da identidade dos usuários. Também foram assinados pelos gestores entrevistados, o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 2), esclarecendo que participaram da pesquisa de forma voluntária após terem sido informados sobre os objetivos do estudo e leitura e assinatura do termo. Também foi assinado o Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD) (Apêndice 3) para a obtenção de informações relativas à descentralização da assistência a portadores de HIV/AIDS no município do Rio de Janeiro. Todos os esforços para garantir a confidencialidade, segurança da informação coletada e da não-identificação dos participantes serão empreendidos.

A participação de todos os atores envolvidos foi dada de forma voluntária, sem remuneração e os futuros benefícios para os participantes, serão a sua contribuição para melhor entender a descentralização do cuidado das PVHA e melhorar o atendimento desses usuários na rede municipal do Rio de Janeiro.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O foco deste estudo, a descentralização do cuidado do HIV/AIDS e seus fluxos de encaminhamento. Desta forma, os resultados serão apresentados com uma breve contextualização da proposta de descentralização do município e a seguir as linhas analíticas, a saber a descentralização, o fluxo de encaminhamento e a gestão compartilhada.

Foram realizadas as 14 entrevistas previstas, no período de 30 de janeiro a 06 de março de 2023, em quatro Centros Municipais de Saúde e duas Clínicas de Família da Área Programática 2.1 (zona sul), do município do Rio de Janeiro. O perfil dos médicos da APS entrevistados era de médicos bastante experientes, onde apenas um tinha menos do que seis anos de atuação, com dois anos de prática. No caso dos médicos infectologistas, dois médicos tinham quatro anos de experiência, dois tinham um ano e apenas um tinha nove meses de inserção na rede, porém com 10 anos de experiência clínica em infectologia. Todos os gestores entrevistados tinham pelo menos 10 anos de atuação. É importante sinalizar que não houve dificuldade de marcar e realizar as entrevistas com os profissionais selecionados. Os gerentes/ diretores apontaram os profissionais que seriam entrevistados e as entrevistas foram realizadas durante o expediente, entre consultas. O tempo médio das entrevistas foi de 15 minutos, com exceção da entrevista com o gerente de IST/AIDS do município do Rio de Janeiro e de uma médica da APS, cujas entrevistas duraram aproximadamente 30 minutos.

6.1 DESCENTRALIZAÇÃO DO CUIDADO

Ao se analisar as razões que levaram o município estudado à descentralizar o cuidado das pessoas vivendo com HIV/AIDS, os gatilhos foram, na percepção da gerência de AIDS do Município do Rio de Janeiro, a grande morbidade e mortalidade registradas nos boletins epidemiológicos. Além disso, a demora na primeira consulta e, conseqüentemente, do início da medicação. Isso exigiu uma reconfiguração da rede de saúde do município e uma maior participação proativa da APS. A fala de um dos gestores expressa:

“Os pacientes eram atendidos só por infectologistas. O número de profissionais era até bem mais alto do que é hoje, mas as consultas demoravam demais para acontecer e os pacientes demoravam para iniciar o tratamento, tipo nove meses. Embora tenha menos infectologistas hoje, mais pessoas atendem e o tratamento é iniciado mais rapidamente. Em 2013, a gente começou a perceber que os números de morbidade e mortalidade eram muito elevados na AIDS. Ainda é alto, mas se você pegar os dados epidemiológicos vai perceber que melhoraram bastante. Tem

uma queda constante ao longo dos anos. Então, na época, colocamos testes rápidos nas unidades primárias, a gente treinou os médicos da APS para iniciar a medicação e os exames estando bons e os pacientes estáveis, eles ficariam na Atenção Primária e os infectos mais folgados. A motivação foi organizar a casa” (Gestor 2)

Fica claro na fala desse gestor que era preciso agilidade para iniciar o tratamento e para isso era necessário ampliar o acesso, capilarizando o atendimento inicial e o acompanhamento das PVHA. Isso vem ao encontro do relatado pela literatura científica. Greco (2016), relata, a partir de pesquisa realizada, que o risco das PVHA desenvolverem a doença de forma grave ou de morte foi reduzida em 53% no grupo de tratamento precoce, onde a terapia antirretroviral foi iniciada logo após o diagnóstico em comparação com os do grupo de tratamento tardio. A relação entre o início tardio do tratamento e o aumento da mortalidade é consenso na literatura mundial. Grangeiro et al. (2011) publicaram um estudo sobre o impacto do início tardio do tratamento para HIV na taxa de mortalidade. Neste estudo, foi analisada uma quantidade expressiva de pacientes, 115.369 adultos com HIV que começaram o tratamento clínico em serviços públicos de saúde brasileiros, entre os anos de 2003 e 2006. O estudo constatou que 43,6% foram categorizados de início tardio e que ao final do estudo a probabilidade desses pacientes morrerem no primeiro ano era de 36,3%, comparado a 1,0% entre aqueles que iniciaram o seguimento oportunamente.

Na opinião do gestor 3, a motivação para iniciar a descentralização do atendimento a esse público foi: “Aumentar o acesso dessa população para o SUS, que ela tem direito, é universal e poder fazer esse acompanhamento da forma que for melhor, sempre pra melhorar o acesso do direito à saúde”, corroborando com os demais gestores que a necessidade de ofertar mais profissionais para acompanhar as PVHA era urgente e deveria vir através da APS, a fim de desburocratizar e simplificar esse atendimento.

Na opinião do gestor 4, a descentralização também tinha o objetivo de vincular o paciente com a sua equipe como percebemos no trecho a seguir: “*Foi na verdade vincular ele ao médico generalista, não deixar ele só com o infecto, para o seu médico de família poder acompanhá-lo em todas as situações, inclusive no HIV, atendimento integral*”. Sua fala está em consonância com o gestor 3 quando relata que o avanço da descentralização da medicação também foi positivo para o processo:

“Dispensar a medicação foi muito importante para atender o paciente de forma integral. Vincular o paciente. A coleta ainda é um ponto, mas tem lugares de difícil acesso. Então se a pessoa é atendida por um infectologista em outro lugar, coleta sangue em outro lugar, pega medicação em outro lugar, vai a sua clínica de família

pra quê? Então, a descentralização também fortalece um vínculo maior do paciente com a sua equipe. ”

A descentralização parece, assim, um processo lento, pois é multifatorial, precisando de capacitação, estabilidade das equipes e melhora nos processos de trabalho para ampliar e se consolidar. Todos os entrevistados concordam que a descentralização ainda está em processo, mas que muito foi avançado e continua a avançar desde 2013.

“A descentralização ainda está em processo. Principalmente quando você vê a estatística de atendimentos na atenção especializada, altíssimo. Esses pacientes podiam estar sendo atendidos na Atenção Primária. ” (Gestor 4)

A descentralização do cuidado do HIV, mesmo com muitos desafios a enfrentar, parece trazer benefícios aos pacientes crônicos que precisam de um cuidado mais frequente e regular, com melhoria na qualidade de vida e bem-estar geral.

6.1.1 Fatores facilitadores e dificultadores da descentralização

6.1.1.1 Fatores facilitadores da descentralização

Em relação aos fatores facilitadores, que potencializam o desenvolvimento de ações de descentralização, o acesso e mais especificamente a acessibilidade, entendida como a proximidade física e de deslocamento, propiciada pelo aumento no número de Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM) ARV foi apontado como um fator importante da descentralização, apontado pela maioria dos entrevistados, tal como nas frases a seguir.

“Acho que sempre a gente pode melhorar, mas a gente já avançou muito, o fato de que, pelo menos na 2.1, todas as unidades dispensarem a medicação, já foi um bom avanço, não sei se em todas áreas isso acontece [...] agora a gente consegue de imediato atender a demanda dele. Uma linha prioritária que a gente conseguiu organizar” (Gestor 3)

“Precisa ter um olhar mais cuidadoso com esse paciente e essa descentralização deu meios para essas unidades se organizarem, poder atender o paciente de forma integral com a medicação. E o que eles mais anseiam é a medicação, e todo mês ir a outra unidade buscar essa medicação, afastava o paciente da sua unidade de referência. Então, se ele é acompanhado por um infecto em outro lugar, pego a medicação em outro lugar, para que eu vou lá na Clínica de família? Mas a descentralização também fortalece um vínculo maior do paciente com a sua equipe. Só tem pontos positivos mesmo. ” (Gestor 3)

No período que compreende de 2009 a 2016, o município do Rio de Janeiro passou de uma cobertura irrisória de 3% para 70% de cobertura da ESF. Até 2016 eram 58 unidades de um total de 230 dispensando ARV no município do Rio de Janeiro (Alves et al., 2022). Desde então, mesmo com trocas de gestão federal e municipal, que acarretou diversos retrocessos e desmontes na ESF no país e no município estudado, de acordo com o Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM), disponível em <http://azt.aids.gov.br/>), foi possível observar o aumento expressivo de Unidades Dispensadoras de medicação (UDM) ao longo desses anos. Ao mesmo tempo, pela plataforma da Subsecretaria de Promoção da Saúde, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV), percebe-se a expansão da ESF, ampliando o acesso ao tratamento para HIV, com retirada das medicações em unidades próximas aos domicílios. Na atualidade, são 237 unidades de saúde (Clínicas de Família, Policlínicas e Centros Municipais de Saúde) e 172 unidades dispensam ARV. (Plataforma SUBPAV/SMS-RJ 2023).

As normatizações, como a carteira de serviços e o guia de boas práticas, hoje disponibilizados na plataforma da SUBPAV, foram também subsídios importantes na descentralização e citado por muitos entrevistados, pois tem todos os esquemas de terapia ARV, e o acesso do médico de família a qualquer momento.

Todos os entrevistados apontaram que a proximidade com a residência, que o menor tempo de deslocamento auxilia o acesso, sendo o principal facilitador do acompanhamento das PVHA na Atenção Primária, mesmo com a questão da manutenção do sigilo como sendo um fator dificultador a ser considerado. A proximidade, além de facilitar a vida do usuário em termos práticos, evita o abandono, reduz custos e possibilita fazer tudo num lugar só (consulta, coleta e farmácia), aumentando o vínculo com a unidade e com a equipe (Rabello et al., 2013; Andrade et al., 2007). Os relatos a seguir destacam as facilidades relacionadas ao acesso:

“O acesso mais rápido, diminui a burocracia, agora a gente consegue de imediato atender a demanda dele (usuário PVHA) ” (Gestor 3)

“Outra coisa que facilita é o acesso, com a pauperização da doença, fazer um deslocamento desse paciente que mora na periferia para um lugar longe da sua residência, por mais incrível que seja esse lugar, dificulta. Você precisa simplificar e oportunizar o tratamento! ” (Médico APS 1).

Zambenedetti e Silva. (2016) também percebem que o acesso rápido sem burocracia, de forma ampliada, concorre e facilita o processo de descentralização. Considera ainda que a

lógica de trabalho da ESF, quando considera os princípios do SUS de coordenação do cuidado e longitudinalidade do cuidado, dá ao paciente o sentimento de pertencimento àquela equipe e isso aumenta a aceitabilidade do paciente em ser acompanhado na ESF e que mesmo que precise ir a um especialista, o paciente continua a ser acompanhado por sua equipe.

De acordo com os princípios de qualidade em serviços de saúde de Donabedian (1990), o autor descreve a aceitabilidade, como a forma que o paciente aceita, se adapta a ser tratado em um local. Essa aceitabilidade está diretamente relacionada às suas expectativas em relação ao vínculo que ele tem com o profissional que o atende (relação médico-paciente), que pode se estender aos demais membros da equipe, constituindo um vínculo, além da facilidade do acesso (acessibilidade), conforto e comodidade que sentem no ambiente, e a relação de custo-benefício. Isso precisa ser gerenciado pela APS de maneira a “fidelizar” seu paciente.

Os atributos essenciais de Bárbara Starfield desafiam a APS a ser resolutiva, a coordenar o cuidado dos usuários de seu território, de ser acessível a todos, de ser ordenadora de uma rede de assistência de saúde (Starfield, 2002; Melo et al., 2018).

Durante as entrevistas percebe-se que os diversos atores são envolvidos e sensibilizados com os atributos essenciais da APS. Expressam seu compromisso com a construção do vínculo e da responsabilização pelo paciente na produção do cuidado integral: *“Facilita atendê-lo na APS, mais próximo da residência, temos vínculo, poder coordenar esse cuidado e o aspecto multidisciplinar é muito potente” (Médico APS 3)*; e com a ampliação e a desburocratização do acesso (*“Na APS o acesso é mais rápido, o tratamento é menos burocrático e o acompanhamento é imediato (intervenção precoce), só vejo vantagens!” (Gestor 3)*). Percebe-se também em falas de médicos da APS uma preocupação com a continuidade do tratamento e a identificação da organização da APS como estratégica para a resolução de problemas, como da adesão ao tratamento: *“Nos casos de dificuldade de adesão, a APS faz busca ativa, coisa que o especialista não faz” (médico APS 3)*.

O cuidado integral, compartilhado aparece com destaque em uma das falas: *“Têm pacientes de difícil adesão, que o ideal é o cuidado compartilhado. Precisa do infectologista para medicar porque pode ter resistência mas precisa da equipe pelo vínculo, que vá atrás dele (busca ativa) e ajude com a continuidade do tratamento” (médico infectologista 1)*.

Na percepção da gestão municipal de HIV/AIDS, a grande incidência e prevalência de casos de Aids, as transmissões verticais ainda existentes no município do Rio de Janeiro,

exigem uma reconfiguração da rede de saúde, com maior preparo para atendimento na APS. A primeira carteira de serviço da Atenção Primária do município a apresentar em seu escopo o planejamento para atendimento das PVHA foi lançada em 2021 e o guia de referência rápida para PVHA foi publicado em 2022. Este guia é voltado para os clínicos gerais da Atenção Primária, orientando o manejo e sanando diversas dúvidas que podem surgir destes atendimentos. Sinaliza propostas de descentralização para o município, além de fomentar a discussão entre os gestores e os médicos na apresentação de diretrizes para o planejamento e avanço desse processo. Esse processo vem ocorrendo por meio de ações práticas e graduais, com avanços e retrocessos pelas mudanças de governo, como implantação dos testes na APS, oferta de PEP e PREP também na rede básica e o início da dispensação das medicações em todas as unidades, mas ainda nem todas as unidades dispensam.

Com base na análise documental do Guia Prático de Atendimento de HIV (2022), pode-se identificar que o planejamento da descentralização do cuidado das PVHA inclui todas as unidades básicas do município realizarem os testes de diagnósticos rápidos, prestarem o primeiro aconselhamento e iniciarem a terapia-antirretroviral o quanto antes, e dar sequência acompanhando esse paciente se for assintomático na APS. Além disso, deve oferecer programa de profilaxia pré exposição e pós exposição, fazer a coleta de exames especiais como carga viral e contagem de CD4 e genotipagem quando necessário e dispensarem a medicação antiretroviral. Caso o paciente esteja sintomático ou deseje ser tratado e acompanhado em outra unidade por um especialista, deve ser encaminhado através do Sistema de Regulação (SISREG) para o ambulatório especializado e pela lógica de todas as doenças crônicas, após o paciente se tornar assintomático deveria retornar para a Atenção Primária e continuar seu acompanhamento, para manter um fluxo na rede e para que o serviço especializado possa ter vaga para receber novos pacientes sintomáticos.

6.1.1.1.1 Fatores dificultadores da descentralização

Os principais desafios ou dificuldades apontados pelos médicos e gestores entrevistados para o processo de descentralização no município estudado foram: a insuficiente qualificação dos profissionais da APS para lidar com casos mais complexos, dificuldade de manejar as diversas medicações e suas interações, falta de formação específica para tratar HIV no currículo da especialidade de medicina de família, sobrecarga de trabalho na APS que leva a uma certa resistência por parte de alguns profissionais em assumir mais essa tarefa, sigilo na

APS. Também foi percebido que os especialistas têm dificuldades de “devolver” o usuário para a APS, mesmo depois de ter iniciado o tratamento, e o paciente encontrar-se assintomático e orientado. Este fato, além de prejudicar a descentralização, sobrecarrega a atenção especializada com um nível elevado de usuários com carga viral indetectável que poderiam ser acompanhados na APS. Estes usuários acabam ocupando vagas de retorno, dificultando o tratamento de quem ainda não está estável, não havendo vagas de retorno suficientes para garantir o atendimento de acompanhamento preconizado de seis em seis meses, o que torna mais longo do que o necessário a espera por uma vaga.

Os médicos da APS entrevistados relataram insegurança para manejar os pacientes mais complexos, com coinfeção, como a tuberculose, por exemplo, com falhas terapêuticas ou que precisam de ajustes ou mudanças na medicação. Relataram falta de capacitação de forma regular, e que, por vezes, sentem sobrecarga, com excesso de trabalho, para também acompanhar todos os casos de AIDS, como relata o médico APS 3:

“O que dificulta o atendimento desses pacientes na APS é a pouca capacitação para a equipe, mas tem de forma permanente, processos regulares, sigilo, sobrecarga da equipe, muita gente cadastrada, equipes esvaziadas, desmontes. Fica complicado acompanhar, até o paciente basal, com outras enfermidades mais agudas no momento e os mais complexos, temos pouca experiência para manejar pacientes com outros esquemas de ARV que são mais complexos e modernos.” (Médico APS 3).

Pode-se identificar nessa fala um certo sofrimento e uma resistência em assumir todos os pacientes assintomáticos na APS. Outro médico infectologista relata que alguns encaminhamentos de casos mais simples poderiam ser acompanhados na APS, com o apoio de um matriciamento:

“Se houvesse um treinamento para a Atenção Primária não receberíamos muitos pacientes com solicitações muito simples, uma carga viral um pouco alterada, já encaminham logo!” (Médico infectologista 5).

“Eu percebo que acabam aparecendo na APS casos complexos que muitas vezes esse médico não tem condição de manejar” (Gestor 2).

A literatura também aponta que médicos e gestores do município do RJ apresentaram-se resistentes quanto ao processo de descentralização e alegam que foi um processo vertical e não dialogado. A descentralização não afetou a dispensação de medicamentos e a testagem, mas afetou a equipe de assistência e a gestão local, que a princípio não se sentiam preparados tecnicamente e confortáveis para atender essa demanda. Tal como descrito por Melo et al.

(2021) e Alves et al. (2022), seria “um trabalho a mais”.

O sigilo é um outro ponto de concordância entre generalistas e especialistas, pois aparece como um fator de insegurança para o paciente não querer ser acompanhado na APS, dificultando a aceitabilidade do cuidado nesse nível de atenção:

“Quanto ao sigilo, temos que amadurecer muito na APS, também há muita sobrecarga e falta capacitação, muitos não têm a experiência” (médico APS 2).

“O aspecto da equipe multidisciplinar é muito potente, ao mesmo tempo é uma fragilidade, que se reflete na problemática do sigilo, a gente tem esse ponto muito sensível que é o agente de saúde, que precisa ser uma pessoa da comunidade e que de fato houve pouca capacitação, não houve um debate ético enquanto morador dessa comunidade, de quem ele é amigo, vizinho, primo e acaba sendo um ponto nevrálgico. Às vezes gera na pessoa uma vontade de não se tratar aqui” (médico APS 3).

“Em relação ao sigilo, há muitos gargalos que às vezes levam o paciente a se expor” (médico APS 5).

Melo et al.(2021) constataram em seu estudo o onde todos os usuários são atendidos pelo ACS da sua equipe em uma grande área de acolhimento. constrangimento no fluxo de organização das unidades básicas, especialmente nas buscas de demandas espontâneas, Nesse caso, precisam dizer o motivo do atendimento para o ACS, que é muitas vezes seu vizinho, podendo estar rodeado de “conhecidos” que também podem ouvir o motivo que os levaram a procurar o atendimento, comprometendo o sigilo e deixando a situação desconfortável.

Ainda em relação ao sigilo, outra fala expressiva:

“Eu acho que poderíamos melhorar. Às vezes na farmácia fazem alguma pergunta e aí o paciente fica constrangido e também para coletar a carga viral são dois dias na semana separados, então se a pessoa vem em dia diferente, o funcionário diz, mas esse não é o seu dia...” (médico infectologista 5).

Os infectologistas entrevistados, por sua vez, reforçam em suas falas que o paciente tem menos sigilo na APS, do que no ambulatório especializado e, por muitas vezes, resiste em ser “devolvido” a sua equipe de saúde da família comprometendo a aceitabilidade de se tratar na clínica da família.

“Ele não quer ser atendido e falar de sua sexualidade abertamente pelo mesmo médico que atende a sua mulher, seu filho...” (Médico infectologista 1).

No relato de outro médico infectologista percebemos a resistência do paciente em se tratar na APS:

“Os pacientes não querem ser acompanhados pelo médico de família, muitos têm dificuldade de entender que não precisam de um infectologista” (médico infectologista 5).

Outro ponto levantado na pesquisa, sendo relatado por vários médicos, é a questão da coleta de CD4 e carga viral terem dias específicos para acontecer, conforme o relato a seguir:

“E a coleta de exames especiais para carga viral é feita em dias limitados [...] também estigmatiza, pois, todo mundo sabe que se está coletando naquele dia é porque é HIV positivo”. (médico infectologista 1).

Na literatura, descrito em artigo recente, também vemos relatos de pacientes que têm dúvidas sobre serem acompanhados por médicos não especializados, principalmente usuários oriundos da rede privada. Estes, ao perderem o plano de saúde, procuram o SUS, sustentados, inclusive, por nota técnica do município, onde as PVHA escolhem seu local de atendimento independente do seu local de moradia. Porém, essa flexibilização territorial dificulta uma busca ativa num caso de abandono (Melo et al., 2021).

Segundo Barreto Filho et al. (2020) destacam em seu estudo que o medo da estigmatização à doença, leva os jovens a se silenciarem, no sentido de não procurarem ajuda para não exporem a doença e isso dificulta a aceitação e a adesão ao tratamento.

Alguns infectologistas entrevistados relatam que não se sentem seguros de contra referenciar os pacientes, pois acreditam que não têm certeza que serão bem acompanhados pelo médico de família:

“Só contra-referencio o paciente para acompanhamento na Clínica da Família se for um pedido dele, não me sinto seguro de liberar porque não sei se ele será bem acompanhado” (médico infectologista 2).

Relatam também que muitos pacientes não aceitam retornar para a APS, pois querem continuar em atendimento na atenção especializada: *“A maioria dos pacientes eu mantenho aqui (na atenção especializada), ou porque demoram a estabilizar ou porque desejam continuar com o especialista” (médico infectologista 3).*

Zambenedetti e Silva.(2016) apontam em sua pesquisa que as UBS mais antigas têm mais resistência em assumir o cuidado desse paciente, percebendo que muitos profissionais e gestores acham que as responsabilidades de acompanhar as PVHA são do especialista,

apresentando muita resistência a qualquer tipo de mudança.

Outro infectologista cita a rotatividade de médicos da APS como um fator de estresse para o paciente, fazendo com que ele deseje se consultar na atenção especializada onde têm mais estabilidade e adquire maior confiança:

“Por conta da alta rotatividade dos médicos de família, os pacientes reclamam e por isso preferem tratar com o especialista. Muitos também são tratados por residentes e depois eles terminam a residência e vão embora, prejudicando o vínculo, o paciente reclama que tem que contar a história toda de novo e várias vezes” (médico infectologista 1).

“Tem locais que têm condições de acolher esse paciente e outros não. Não há uma padronização na rede das equipes, e outra coisa, os serviços especializados acabam mantendo os médicos por mais tempo, tem muita rotatividade na Atenção Primária” (médico infectologista 3).

A rotatividade nas equipes da ESF é amplamente discutida na literatura. Segundo Medeiros et al. (2010), a rotatividade é nociva quando gera ruptura e troca de profissionais focais e referenciais, havendo quebra de confiança e de continuidade no trabalho ou no planejamento iniciado, prejudicando, assim, a eficácia e a organização do trabalho em andamento.

Na área programática estudada, a AP 2.1 (zona sul) do município do Rio de Janeiro, não foi percebida nas entrevistas muita rotatividade dos especialistas e médicos das equipes entrevistadas. Isso, porém, não necessariamente reflete a realidade da Estratégia Saúde da Família do município carioca. Em um trabalho mais recente, Pierantoni et al.(2015) observaram um alto *turnover* de profissionais, especialmente médicos, em grandes cidades onde a oferta de empregos para essa categoria é muito vasta e atrativa, sendo, então, um dos maiores problemas enfrentados pelos gestores. Essa rotatividade se daria por inúmeros fatores, desde a fragilidade do vínculo empregatício até a sobrecarga de trabalho e relações interpessoais (Zambenedetti; Silva, 2016). Também pontuam que a rotatividade e a incompletude das equipes restringem o acesso e dificulta tanto a implantação de uma ação quanto a sua continuidade.

A maioria das dificuldades relatadas pelos profissionais e gestores estão vinculadas ou repercutem na gestão do cuidado do usuário com HIV/AIDS.

6.2 FACILITADORES E DIFICULTADORES DO FLUXO DE ENCAMINHAMENTO

O processo regulatório organiza e dá transparência às ofertas de vagas aos serviços de saúde e visa garantir um melhor aproveitamento dos recursos, sendo mais efetivo o serviço prestado à população. Porém, percebem-se ainda alguns desafios de conhecimento dos processos de trabalho, limitações do próprio sistema de regulação e de comunicação entre os prestadores de serviço e níveis de atenção.

A gerência das marcações e a organização dos fluxos e contrafluxos são de responsabilidade da APS, sendo que nenhum usuário chega aos ambulatórios de especialidades, à exceção dos casos de urgências e emergências, se não for referido pela APS (Mendes, 2011).

A falta de um prontuário eletrônico comum aos diferentes níveis de atenção prejudica a comunicação, pois o usuário fica responsável de transladar a guia em suas próprias mãos. Isso pode acarretar problemas de diferentes ordens, por exemplo, perder a guia, ser lida pelo paciente e mal interpretada, lida por terceiros, preenchida com letra inlegível, ou mesmo, mal preenchida. A falta de prestadores de serviços e de especialistas em todas as regiões, causa um transtorno na vida do usuário, pois muitas vezes não tem como se deslocar para longas distâncias (Silva; Moreira, 2021). Algumas falas destacam isso:

“Dificulta a pouca quantidade de médico infectologista, aumenta o tempo de fila no SISREG. Mais tempo pra ser atendido” (médico infectologista 4)

“E até temos vaga pra contratar infectologista mas não há interesse por parte dos profissionais, tá difícil. 5.1 e 5.2 (áreas programáticas da zona oeste) não tem infecto” (Gestor 2)

Um estudo realizado na Central de Regulação de Porto Alegre, no estado do Rio Grande do Sul, e ilustrado por Erdmann et al.(2013), destacam que um dos maiores problemas do sistema de saúde de grandes municípios é o acesso às consultas especializadas, que constata a evidência de desproporção entre a oferta de serviços e a demanda, ocasionando a demora dos agendamentos, sendo um dos maiores gargalos da regulação. Silva e Moreira (2021) também discorrem sobre o assunto e apontam que a dificuldade mais referida nos estudos sobre regulação versa sobre a oferta limitada de prestadores de serviços e de profissionais especialistas, insuficientes para suprir a demanda populacional.

Além disso, pode ser custoso financeiramente o deslocamento, ou mesmo por conta do trabalho, acarretando a perda do dia para ir fazer a consulta ou o exame. Estes são entraves

para o seu comparecimento, gerando um grande absenteísmo e interrompendo os cuidados com a sua saúde. As falas a seguir traduzem essa situação:

“A pauperização da doença faz o deslocamento desse paciente que mora na periferia para um lugar longe da sua residência, por mais incrível que seja esse lugar, difícil (de adesão), assim como a população de rua, com características muito específicas, que você pode mandar pra onde for, mesmo perto que não vai. Então você precisa simplificar e oportunizar o tratamento” (médico APS1).

“Nas APs (áreas programáticas) onde não tem infectologistas e o paciente quer ir pra outro lugar, é longe e começa a não adesão. Começa a faltar, tem problema com o trabalho e ele começa a abandonar o tratamento” (gestor 1).

“No momento do encaminhamento para a atenção secundária ainda tem falhas. Tem paciente que não vai, falta e temos um absenteísmo alto” (gestor 2).

“A regulação, dá uma atrapalhada, as vagas são poucas e a disponibilidade de vagas pelo SISREG, muito absenteísmo dos pacientes de primeira vez”(médico infectologista 1).

A diversidade de protocolos para cada procedimento e especialidade leva, muitas vezes, o médico regulador (clínico ou responsável técnico) a regular erradamente a vaga, prejudicando o paciente em deslocamento desnecessário e prolongando o tempo de espera pela consulta e/ou procedimento, uma vez que o paciente é devolvido e precisa ser novamente regulado. Deve-se, desse modo, sempre treinar e capacitar o regulador para a observância dos protocolos clínicos (Erdmann et al., 2013; Silva Junior et al., 2022).

Silva e Moreira (2021) ressaltam em seu estudo que há uma falta de padronização na regulação e no controle dos fluxos de encaminhamento na rede pela APS. Uns regulam na hora, outros após o expediente, outros durante o horário de trabalho, porém em salas separadas, não há um padrão para a regulação. Estes autores também apontam que os horários de disponibilização de vagas pela central de regulação geram uma disputa de vagas entre os reguladores, com sobrecarga inclusive mental desses profissionais que precisam trabalhar mesmo fora do expediente para conseguir agendar consultas e exames específicos. Padronizar os fluxos e contrafluxos organiza o trajeto do usuário pelas unidades da rede e proporciona equidade do acesso e garante a continuidade dos cuidados.

Um fator facilitador da regulação e também ideal, ocorre quando há a coincidência do médico solicitante ser também regulador e poder regular o usuário em sua presença ou com o seu consentimento dando mais agilidade à marcação. O agendamento presencial e imediato durante a consulta minimiza os problemas de absenteísmo, seja por desconhecimento da consulta e falta de programação pessoal, ou seja, pela anuência do local marcado, além de

desonerar a equipe com mais uma tarefa, de localizar o usuário muitas vezes com o cadastro desatualizado, para informar sobre a consulta ou exame marcado (Silva Junior et al., 2022).

6.3 PRINCIPAIS TÓPICOS QUE EMERGIRAM DAS CATEGORIAS TEMÁTICAS: GESTÃO COMPARTILHADA, INTEGRALIDADE E COORDENAÇÃO DO CUIDADO

Destaca-se a importância dada pelos médicos da Estratégia Saúde da Família e gestores à contribuição da APS para promover a integralidade no cuidado às PVHA. A desconstrução do modelo centrado no infectologista e sua substituição pela abordagem descentralizada representou uma aproximação entre o tratamento do HIV e o cuidado a outras condições crônicas de saúde, ajudando a desestigmatizar a doença, conforme os relatos a seguir:

“Essa é uma doença crônica, acompanhar com o generalista dá o tom crônico, não o tom de algo grave que precise de um especialista, isso reduz o estigma, uma doença crônica como qualquer outra” (Médico APS 1)

“Não ser uma equipe puramente médica traz outros olhares ao processo do cuidar” (Médico APS 3)

“O médico (especialista) pode não conseguir enxergar a integralidade do paciente como pessoa, foca mais na doença” (Médico APS 4)

A dificuldade de compartilhar a gestão entre os níveis foi trazida nas entrevistas como um grande entrave, parecendo que o paciente pertence ou à APS ou ao nível secundário e não a uma rede integrada de saúde. Embora os médicos entrevistados, tanto especialistas quanto da APS, tenham relatado boa comunicação entre os níveis, as críticas a esse “acompanhamento” foram nítidas, bem como aos sistemas que não são integrados e atrapalham o processo de gestão compartilhada do cuidado, com as contrarreferências que não são preenchidas corretamente.

“Me sinto derrotado quando tenho que encaminhar um paciente [...] fazemos um encaminhamento e nem sempre recebemos uma contrarreferência, perdemos de certa forma esse controle” (Médico APS 3)

Apesar de haver uma gama de publicações normativas, tanto do Ministério da Saúde (Brasil, 2014a, 2014b, 2017a, 2017b), quanto da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (Secretaria Municipal de Saúde-RJ/SUBPAV 2021), preconizando a assistência das PVHA assintomáticas na Atenção Primária, existe uma nota técnica do município do RJ

(Secretaria Municipal de Saúde-RJ/SUBPAV,2019) que permite que o paciente soropositivo seja acompanhado onde melhor lhe convier. Isto reforça a importância do cuidado compartilhado entre os níveis de atenção. Um sistema de referência e contrarreferência bem organizado com pontos focais de contato entre a Atenção Primária e Secundária favorece a integração e a troca de experiência entre profissionais. Essa interação facilita o planejamento do acesso e os fluxos de encaminhamento aos usuários, entre os níveis de atenção, conforme as falas a seguir:

“Uma contra referência adequada, bem preenchida e se os sistemas se intercomunicassem seria o ideal” (Médico APS 2)

“Contra referência é raro. A gente preenche bem e detalhadamente as referências, mas não recebemos as contra referências e quando recebemos são incompletas. Temos dificuldade de encontrar um meio oficial. O prontuário eletrônico unificado seria um sonho, veremos até as internações” (Médico APS 3)

“A referência e a contrarreferência não funcionam muito bem. Paciente às vezes com dificuldade de adesão, as vezes acompanham TB na APS e é uma dificuldade para ter a contrarreferência” (médico infectologista 5)

A falta de interação entre os diferentes níveis de atenção e de protocolos bem definidos de encaminhamento desarticulam a gestão compartilhada se tornando um entrave à garantia do cuidado integral ao paciente. Erdmann et al. (2013), reportaram relevância significativa de se estabelecer modelos comuns de referência e contrarreferência como ferramenta assistencial do modelo de atenção. Apontaram como estratégias para a integração dos níveis assistenciais a organização dos fluxos e implantação de sistema de informação com prontuário eletrônico.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa objetivou avaliar o processo de descentralização do cuidado do HIV/AIDS para a APS e seus fluxos de encaminhamento no município do Rio de Janeiro, na Área de Planejamento 2.1 na perspectiva dos gestores e médicos. Para tal foi necessário entender a dinâmica do HIV/AIDS e de seu manejo no Brasil e no Rio de Janeiro, compreendendo a forma como o sistema de saúde brasileiro foi se acomodando para ajustar-se aos avanços na atenção às PVHA ao longo dos anos. Através da pesquisa realizada foi possível entender como se deu o processo de descentralização do cuidado do HIV/AIDS no município do Rio de Janeiro e caracterizar o processo de descentralização como complexo, dinâmico e multifatorial. Tanto os médicos, quanto os gestores, apesar de estarem em diferentes locais e funções, concordam que o processo de descentralização desburocratiza o cuidado e amplia o acesso dando mais agilidade ao tratamento. Pode-se perceber para a maioria que a descentralização ainda está em processo de construção e avançando, porém de maneira diversificada entre as áreas programáticas. Algumas áreas têm mais oferta de especialistas, sendo menos descentralizadas. Outras áreas não têm oferta de especialistas, sendo mais descentralizadas.

É possível ver uma grande interação da gerência de AIDS do município com as unidades de Atenção Primária em direcionamentos e apoio em capacitação. Contudo, os esforços da gerência em relação aos especialistas, orientando-os a “devolver” e a estimular os pacientes assintomáticos a retornarem para a APS, ainda se mostra insuficiente. É importante reforçar junto ao especialista como é o planejamento de descentralização para que se sinta seguro e disposto a estimular o retorno dos usuários com HIV/AIDS para as UBS. Também faltaria um estímulo por parte do médico da ESF, talvez por sobrecarga, de dar segurança ao paciente para que após o período de tratamento com o especialista ele possa retornar para a sua equipe.

A dispensação da medicação também ainda não atingiu a totalidade das unidades, mas avançou muito nos últimos anos. Notórios avanços nas testagens e aconselhamentos e diagnósticos oportunos são percebidos, assim como as campanhas de prevenção. A assistência médica e o acompanhamento das PVHA seguem avançando mais lentamente, esbarrando em algumas dificuldades de qualificação principalmente e também de sobrecarga de trabalho, que acabam deixando alguns atributos essenciais da Atenção Primária um pouco negligenciados, tais como o cuidado integral e a coordenação do cuidado. Claramente a gestão do sigilo na APS ainda é um ponto frágil, sendo necessárias novas ideias para melhorar e resolver a

questão. As questões discriminativas ligadas ao estigma e ao preconceito fazem o debate sobre o sigilo ser mais relevante. Embora a maioria dos médicos entrevistados tenham apontado que a comunicação entre os níveis de atenção seja boa, notamos que os especialistas não “devolvem” o paciente estabilizado e assintomático para a APS e essa por sua vez, depois que referencia o paciente ao especialista não “cobra” o seu retorno. Então, há uma transferência de cuidado e não uma coordenação do cuidado, sendo a comunicação entre os níveis menos relevantes e talvez por isso não tenha sido apontada como um problema.

A falta de suporte técnico (matriciamento) e de conhecimento das prescrições que fogem à primeira linha de tratamento levam a um número excessivo de encaminhamentos da APS ao nível secundário. Contudo, no final do ano de 2022, a Gerência de IST/AIDS do município do Rio de Janeiro publicou um Guia de referência rápida bem completo, de fácil compreensão e amplo acesso através da plataforma SUBPAV para apoio dos profissionais da Atenção Primária. (Secretaria Municipal de Saúde-RJ/SUBPAV, 2022). Esperamos que com a publicação do guia, os profissionais da APS possam sentir-se mais seguros no manejo destes pacientes diminuindo o número de encaminhamentos.

Por se tratar de uma pesquisa de âmbito municipal, contextualizada em um ambiente cheio de particularidades, onde a descentralização ocorre no cenário do município estudado, fica limitada a capacidade de generalização para outras localidades com diferentes realidades, contextos históricos e singularidades. No entanto, várias das observações apontadas pelos profissionais e gestores da AP 2.1 sejam semelhantes de outras áreas da cidade. Adicionalmente, foram entrevistados gestores, médicos da APS e do nível secundário, condizente para responder aos objetivos deste trabalho, mas não foram entrevistadas PVHA acompanhadas na APS e nem no nível secundário para enriquecer a pesquisa e ver o processo de descentralização do cuidado de HIV/AIDS sob essa perspectiva.

Esta pesquisa se encerra com a avaliação de que o modelo descentralizado de atenção às PVHA no Rio de Janeiro encontra-se em construção, mas avançando.

Como sugestão à Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro para fomentar o desenvolvimento do processo de descentralização, apontamos as seguintes recomendações:

- Matriciamento online com especialistas para a APS, tipo um chat através da plataforma SUBPAV ou um canal direto através de aplicativo de conversação com a gerência de AIDS que teriam Infectologistas de plantão para auxiliar toda a APS. Isso daria maior segurança aos médicos da Estratégia para assumir os pacientes mais complexos, que dessem para ser atendidos na Atenção Primária.
- Alocação de Infectologistas nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, atualmente

denominadas de equipe multi (e-multi).

- Atividades de sensibilização tipo fóruns e ciclos de debates com os infectologistas da rede, apresentando as estratégias de descentralização, os avanços na descentralização, mostrando os esforços de capacitação da APS para cuidar das PVHA, a fim de dar segurança e estimular os especialistas a não manterem pacientes assintomáticos em suas clientela sem um motivo justificável.
- Atividades constantes de fóruns de integração entre os profissionais da APS e da Atenção secundária, aumentando e estimulando as inter relações profissionais. Quando se conhece o colega, fica mais fácil confiar o cuidado de seu paciente e de trocar experiências e informações sobre um cuidado compartilhado.
- Prosseguir com a expansão da cobertura da Estratégia Saúde da Família, ampliando e desburocratizando o acesso e intervindo precocemente diante dos diagnósticos positivos.
- Publicar e Instituir objetivos e metas municipais para a descentralização do cuidado às PVHA, propiciando o conhecimento dos profissionais da rede sobre o planejamento e facilitando o monitoramento do processo;

REFERÊNCIAS

ALENCAR, T.M.D.; NEMES, M.I.B.; VELLOSO, M.A. **Transformações da “aids aguda” para “aids crônica”**: percepção corporal e intervenções cirúrgicas entre Pessoas Vivendo com HIV e AIDS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(6):1841-1849,2008.

ALVES, B.L. **Avaliação de Implantação do novo modelo de cuidado às pessoas vivendo com HIV/AIDS na cidade do Rio de Janeiro**. Dissertação. UFRJ. 2017

ALVES, B.L.; LAGO, R.F.; ENGSTROM, E.M. **O cuidado às Pessoas Vivendo com HIV/AIDS na Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro**: uma avaliação de implantação. *SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO*, V. 46, N. ESPECIAL 7, p. 31-47, DEZ 2022

ANDRADE, L.O.M.; BUENO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. **Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família**. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007

BARRETO FILHO, L.F.; HOFER, C.B.; MACHADO, E.S.; ABREU, T.F.; FROTA A.C.C.; OLIVEIRA, R.H.; CARDOSO, G.C.P. (2020): **HIV diagnosis disclosure**: searching for its meaning and how it is perceived by a group of vertically infected adolescents / young adults – a qualitative perspective, *Vulnerable Children and Youth Studies*, DOI: 10.1080/17450128.2020.1773701

BRASIL. **Constituição Federal (1988)**. Constituição da República Federal do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 20 set.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação: relatório mundial / Organização Mundial da Saúde – Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: HIV/AIDS, hepatites e outras DST**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 196 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010**. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. **5 Passos para a implementação do manejo da infecção pelo HIV na Atenção Básica**: Guia para gestores, 2014a. Disponível em <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2014/5-passos-para-implementacao-do-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-na-atencao-basica>. Acesso em: 12 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Caderno de Boas Práticas em HIV/AIDS na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS**. Brasil:, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais; 2014c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. **Diretrizes para a organização dos serviços de saúde que ofertam a Profilaxia Pré-Exposição Sexual ao HIV (PREP) no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. 60 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. **Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica**: manual para a equipe multiprofissional. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico HIV/ Aids. Número especial**, 68 p. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **História da AIDS Brasil**: Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais; [Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/historia-da-aids-1983>]. Acesso em: 6 mar.2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Primária e Atenção Especializada**: Conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/atencao-primaria-e-atencao-especializada-conheca-os-niveis-de-assistencia-do-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo>. Acesso em:6 mar./2023.

CLARKE, A. **What is a chronic disease?** The effects of a re-definition in HIV and AIDS. *Social Science and Medicine*, 1994;39(4):591-597.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução 1665/2003**. Disponível em:

www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2003/1665_2003.htm. Acesso em: 8 dez. 2022.

DONABEDIAN, A. **The Seven Pillars of Quality**. Arch Pathol 1990.Lab Med, 114:1115-111

ERDMANN, A.L.; ANDRADE, S.R.; MELLO, A.L.S.F.; DRAGO, L.C. **A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços**. Rev. Latino-Am. Enfermagem jan.-fev. 2013;21.

FEKETE, M. C. A qualidade na prestação do cuidado em saúde. Brasil. Ministério da Saúde. **Organização do cuidado a partir do problema: uma alternativa metodológica para atuação da equipe de saúde da família** [Internet]. Acesso em: jun.2023. Brasília: OPAS, 51-7. 2000.

FERREIRA, G.S.A.; SALGADO JUNIOR, W.; COSTA, A.L. **Construção e análise de indicadores de desempenho do acesso à atenção especializada do SUS**. Saúde debate, Rio de Janeiro, v..43, n.123, p. 1003-1014. 2019.

GALLO, R.C.; SARIN,S.; GELMANN, E.P.; ROBERT-GUROFF, M.; RICHARDSON, E; KALYANARAMAN, V.S.; MANN, D.; SIDHU, G.D.; STAHL, R.E.; ZOLLA-PAZNER, S.; LEIBOWITCH, J.; POPOVIC, M. **Isolation of human T-cell leukemia virus in acquired immunodeficiency syndrome (AIDS)**. Science. Washington, E.U.A., v.220, n.4599, p. 865–867, 1983.

GALVÃO, J. **1980-2001: uma cronologia da epidemia de HIV/AIDS no Brasil e no mundo**. Coleção ABIA: Rio de Janeiro. 2002. 30 p.

GIOVANELLA, L. **Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente?** Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 24 Sup 1, p. S21-S23. 2008.

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

GRANGEIRO, A, ESCUDER, M.M.; MENEZES, P.R.; ALENCAR, R.; AYRES DE CASTILHO (2011) **Late Entry into HIV Care: Estimated Impact on AIDS Mortality Rates in Brazil, 2003–2006**. PLoS ONE 6(1): e 14585. doi: 10.1371/journal.pone.0014585

GRANGEIRO, A.; CASTANHEIRA, E.R.; NEMES, M.I.B. Editorial: **A re-emergência da epidemia de aids no Brasil: desafios e perspectivas para o seu enfrentamento**. Interface – Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu, v.19, n.52, p. 5-6, 2015.

GRECO, D.B. **Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015**. Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 21(5): 1553-1564, 2016.

HESSE-BIBER, SN. **Mixed Methods Research: Merging Theory with Practice**. New York: The Guilford Press, 2010.

JESUS, W.L.A.; ASSIS, M.M.A. **Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento**. Ciência e Saúde coletiva. Rio de Janeiro, v.15, n, p. 161-170. 2010.

LACERDA, A. **Redes de Apoio social no Sistema da Dádiva: um novo olhar sobre a integralidade do cuidado no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde**. [Tese de doutorado]. Rio de Janeiro, RJ: ENSP/FIOCRUZ, 2007.

LACERDA, A.; ENGSTROM, E.M.; CARDOSO, G.; TEIXEIRA, M.; ANDRADE, G.C.L.; GOLDBLUM, A.S.; BODSTEIN, R. **Práticas promotoras de saúde do Consultório na Rua na Cidade do Rio de Janeiro**: desafios do acesso e dos direitos sociais da população em situação de rua. In: Glória Lucia Alves Figueiredo; Carlos Henrique Gomes Martins; Marco Akerman. (Org.). *Vulnerabilidades & Saúde: grupos em cena por visibilidade no espaço urbano*. 1ed. São Paulo: Hucitec, 2018.

LAPÃO, L.V.; ARCÊNCIO, R.A.; POPOLIN, M.P.; RODRIGUES, L.B.B. **Atenção Primária à Saúde na coordenação das Redes de Atenção à Saúde no Rio de Janeiro, Brasil, e na região de Lisboa, Portugal**. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.22, n.3, 713-723, 2017.

MAGNAGO, C.; PIERANTONI, C.R. **A percepção de gestores dos municípios de Duque de Caxias e Rio de Janeiro quanto à rotatividade de profissionais na Estratégia Saúde da Família**. *Revista Cereus*, v. 6, n. 1, p. 3-18. 2014

MAQUIAVEL, N. **O Príncipe**. 12ª Ed. Hemus Editora Limitada.1996. 216 p.

MEDEIROS, C.R.G.; JUNQUEIRA, A.G.W.; SCHWINGEL, G.; CARRENO,I; JUNGLES,L.A.P.; SALDANHA,O.M.F.L. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15 (supl 1): 1521-1531, 2010.

MELO, E.A.; AGOSTINI, R.; DAMIÃO, J.J.; FILGUEIRAS, S.L.; MAKSUD, I. Cuidado de pessoas vivendo com HIV na Atenção Primária à saúde: reconfigurações na rede de atenção à saúde? **Cad. Saúde Pública**.Rio de Janeiro,37(12) e 00344120, 2021.

MELO, E.A.; MAKSUD, I.; AGOSTINI, R. Cuidado, HIV/AIDS e Atenção Primária no Brasil: desafio para a atenção no Sistema Único de Saúde? **Rev Panam Salud Publica**, p. 1-5. 2018.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. 2ed. Brasília: Organização Panamericana da Saúde, 2011.

MENDES, L.S.; ALMEIDA, P.F. Médicos da Atenção Primária e especializada conhecem e utilizam mecanismos de coordenação? **Rev Saúde Pública** 2020; 54:121.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10ªed. São Paulo: Hucitec; 2007.

PANNI, P.G. **Motivos para a rotatividade dos médicos na Estratégia Saúde da Família no município de Cachoeirinhas/RS**. [monografia] Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

PENCHANSKY; R.; THOMAS, W. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. **MedCare**, 19 (2), p. 127-140. 1981.

PIERANTONI, C.R.; VIANNA, C.M.M; FRANÇA, T.; MAGNAGO, C.; RODRIGUES, M.P.S. Rotatividade da força de trabalho médica no Brasil. **Saúde Debate** | Rio de Janeiro, V. 39, N. 106, p. 637-647. 2015.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa Qualitativa na atenção à saúde**. Tradução Ananyr Porto Fajardo. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed,2009. 172p.

RABELLO, C. Z.; VASCONCELOS, M.; DE CARLI, J.P.; LINDEN, E.S.; DE BORTOLI, M.M.; VIEIRA, R.R.; LINDEN, M.S.S. **Uma reflexão sobre a atenção básica no sistema único de saúde**. SALUSVITA, Bauru, v. 32, n. 2, p. 199-204, 2013.

ROCHA, A.P. **Regulação assistencial ambulatorial no Município do Rio de Janeiro, RJ: efeitos da inserção da APS na regulação** [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2015.

SANCHEZ, R.M; CICONELLI, R.M. **Conceitos de acesso à saúde**. Rev Panam Salud Publica, 31(3), p. 260-268; 2012.

SANTOS, A.F. **Descentralização do cuidado das pessoas vivendo com HIV/AIDS em um município prioritário brasileiro: um estudo de caso**. Dissertação. UNB. 2016.

SANTOS, E.M.; CARDOSO, G.C.P.; OLIVEIRA, E.A. **Aprendendo avaliação: modelos e métodos aplicados**. Rio de Janeiro: Editora Cebes, 2023:Disponível em <https://cebes.org.br/acesse-o-livro-aprendendo-avaliacao-modelos-e-metodos-aplicados/31689/>. Acesso em:6 Mar. 2023.

SILVA, M.F.; MOREIRA, M.C.N. Dilemas na regulação do acesso à atenção especializada de crianças com condições crônicas complexas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 26(6):2215-2224, 2021

SILVA JR, C.L.; GUABIRABA, K.P.L.; GOMES, G.G.; ANDRADE, C.L.T.; MELO, E.A. A regulação ambulatorial na Atenção Primária no Município do Rio de Janeiro, Brasil, a partir dos médicos reguladores locais. **Ciências & Saúde Coletiva**, 27(6):2481-2493,2022.

SMS. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. **Relatório de gestão da CAP 1.0**. 2016. Disponível em <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6594964/4177811/RGCAP1.0.pdf>. Acesso em:12 jan. 2023.

SMS. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. **Sistema de Controle Logístico de Medicamentos**. <http://azt.aids.gov.br/>. Acesso em: 19 mai. 2023.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: UNESCO/ Ministério da Saúde, 2002.

SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA, VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO À SAÚDE. **Guia de Referência rápida**. Carteira de Serviços. Versão Profissional. Atenção Secundária-Policlínicas. 2015.

SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA, VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO À SAÚDE. Plataforma SUBPAV Disponível em <https://subpav.org/aps/cnes> – Acesso em:15 mai. 2023.

SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA, VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO À SAÚDE.

Guia de Referência rápida. Carteira de Serviços. Versão Profissional. Relação de serviços prestados na APS. 2021. Disponível na plataforma da SUBPAV.

SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA, VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO À SAÚDE. **Guia Rápido - Infecção pelo HIV e AIDS.** 3ª edição. Versão Profissional. Secretaria Municipal do Rio de Janeiro, 2022

SUBSECRETARIA DE PROMOÇÃO, ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Ofício Circular S/SUBPAV/SAP nº 09/2019. **Acesso aos serviços de Atenção Primária à saúde (APS) por pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA).** Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro; 2019 (Nota Técnica 04).

TRAVASSOS, C; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, 20 Sup 2, p. S190-S198. 2004

UNAIDS. **Getting to zero: 2011 - 2015 Strategy.** 2010.

WHO. **Declaration of Alma-Ata.** International Conference on Primary Health Care. alma-Ata. World Health Organization, 1978.

WHO. **Cuidados Inovadores para as Condições Crônicas:** condições estruturais de ação: relatório mundial. Brasília: World Health Organization; 2003. p. 105.

ZAMBENEDETTI, G ; SILVA, R.A.N. O paradoxo do território e os processos de estigmatização no acesso ao diagnóstico de HIV na atenção básica em saúde. **Estudos de Psicologia,** 20(4), outubro a dezembro de 2015, 229-240

ZAMBENEDETTI, G ; SILVA, RAN. Descentralização da atenção em HIV-Aids para a atenção básica: tensões e potencialidades. **Physis Revista de Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, 26 [3]: 785-806, 2016.

APÊNDICE A - TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Carta de Anuência

TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

A Coordenadoria de Atenção Primária da área Programática 2.1, da Subsecretaria de Promoção da Saúde, Atenção Primária e Vigilância de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) declara apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado: **Descentralização do Cuidado dos PVHA e fluxos de encaminhamento entre a APS e a Atenção Especializada no município do Rio de Janeiro**, sob responsabilidade da pesquisadora Noemi Martucci Dias Tosatto, orientada por: Gisela Cordeiro Pereira Cardoso, filiadas a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, nas seguintes unidades CMS Manoel José Ferreira e CMS João Barros Barreto, CMS Dom Hélder Câmara, CMS Pindaro Carvalho Rodrigues, CF Rocha Maia e CF Santa Marta.

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e de sua responsabilidade como pesquisador da referida Instituição Proponente/Coparticipante, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento.

Este Termo de anuência está condicionado aos cumprimentos das determinações éticas normatizadas pelas Resoluções CNS/MS nº 466/2012, 510/2016 e 580/2018 e às resoluções complementares relacionadas ao objeto da pesquisa. O projeto somente poderá ter início nesta Unidade de Saúde mediante sua aprovação prévia e documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-RJ.

Conforme seus artigos, em especial os artigos 6º e 7º da Resolução CNS/MS nº 580/2018, a pesquisa realizada em instituição integrante do SUS não deverá interferir nas atividades profissionais dos trabalhadores no serviço, exceto quando justificada a necessidade, e somente poderá ser executada quando devidamente autorizada pelo dirigente da instituição. A pesquisa que incluir trabalhadores da saúde como participantes deverá respeitar os preceitos administrativos e legais da instituição, sem prejuízo das suas atividades funcionais.

Solicitamos que, ao concluir o estudo, o pesquisador responsável apresente o relatório

final da pesquisa para o(s) gestor(es) e para a equipe de saúde da(s) unidade(s) onde se desenvolveu o estudo.

No caso do não cumprimento dos termos acima explicitados, a Instituição “anuente” tem desde já liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento, sem incorrer em qualquer forma de penalização.

Rio de Janeiro, de de 2022.

Coordenador de Área Programática 2.1

**APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
GESTOR NÍVEL CENTRAL/ LOCAL**

Prezado participante,

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “ Descentralização do Cuidado dos PVHA e fluxos de encaminhamento entre a APS e a Atenção Especializada no município do Rio de Janeiro”, desenvolvida por Noemi Martucci Dias Tosatto, discente do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca- ENSP/ FIOCRUZ sob a orientação da Professora Dra Gisela Cordeiro Cardoso.

O objetivo deste estudo é avaliar o processo de descentralização do cuidado do HIV/AIDS para a Atenção Primária e seus fluxos de encaminhamento no município do Rio de Janeiro, na Área de Planejamento 2.1 na perspectiva dos gestores, médicos e usuários. A sua cooperação consistirá na participação de entrevista semiestruturada a respeito do tema da pesquisa.

O convite para sua participação deve-se à sua posição como gestor em saúde na cidade do Rio de Janeiro, atuando no planejamento e na estruturação do modelo descentralizado de cuidado das PVHA neste referido município.

Sua participação é voluntária, não sendo obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você tem o direito de não responder a qualquer questão, caso se sinta desconfortável com a pergunta sem ser penalizado de nenhuma maneira. Não será oferecida nenhuma forma de remuneração por sua participação, e a mesma não lhe incorrerá em nenhum custo.

Em função do pequeno número de pessoas que ocuparam a sua posição durante o período estudado, existe a possibilidade de identificação do seu cargo específico ou identidade em função das declarações prestadas nas entrevistas. No entanto, serão tomadas todas as providências para a manutenção da confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Em momento algum o entrevistado será identificado por seu nome real, sendo utilizado um nome fictício quando da divulgação das informações. O cargo será identificado

apenas como Gestor - nível central/ Gestor- nível local. Apenas os pesquisadores do projeto terão acesso a seus dados e não farão uso destas informações para outras finalidades.

Sua participação consistirá em responder às perguntas de um roteiro de entrevista à pesquisadora deste projeto. A duração será de cerca de 60 (sessenta) minutos. Ressalta-se que as entrevistas serão realizadas presencialmente garantindo sua segurança neste momento de pandemia (ambiente ventilado, capaz de possibilitar o distanciamento e a higienização das mãos e com o uso de máscaras). A entrevista será gravada em áudio. Caso não concorde com esta condição, a entrevista não será realizada.

Caso você venha a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, terá direito a assistência e a buscar indenização por meio das vias judiciais e / ou extrajudiciais, conforme previsto no Código Civil Lei 10.406 de 2002, Artigos 927 e 954.

As informações prestadas na entrevista serão transcritas e armazenadas em arquivos digitais, aos quais apenas o pesquisador e sua orientadora terão acesso. As informações permanecerão arquivadas em local seguro por 5 (cinco) anos, conforme orientado pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo descartados após este período. Os arquivos digitais serão apagados e os físicos fragmentados.

Caso queira suspender sua participação neste estudo, isto poderá ser feito em qualquer etapa do mesmo, bastando sua comunicação aos canais de contato relacionados neste Termo. A qualquer momento, durante a pesquisa, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre a sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Os resultados obtidos com o auxílio das informações prestadas serão divulgados na dissertação que será entregue em formato físico para todos os participantes da pesquisa e poderão ser utilizados em artigos científicos.

Declaro que entendi o objetivo e condições de minha participação e autorizo a gravação. Declaro que concordo em participar do estudo. Uma via deste termo será enviada ao seu e-mail, ou, na inexistência de endereço eletrônico, será entregue na forma física.

Este documento foi redigido em duas vias, sendo uma para a participante e uma para o pesquisador, de igual forma e teor. Todas as páginas deverão constar rubricas da participante

da pesquisa e do pesquisador responsável além das assinaturas na última página deste termo.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/FIOCRUZ ou da SMS/RJ. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Tel do CEP/ENSP: (21) 2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ FIOCRUZ,
Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ - CEP:
21041-210. Horário de atendimento ao público: 9:00h às 16:00h.

Tel do CEP/SMS-RJ: (21) 2215-1485

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br ou cepsmsrj@yahoo.com

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16 4o andar. Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP:
20031-040.

Acesse <https://cep.ensp.fiocruz.br/participante-de-pesquisa> para maiores informações.

Contato com o pesquisador responsável: (Mestranda em Saúde Pública ENSP/FIOCRUZ) Tel: (21) 99829-4284. E-mail: ndtosatto@gmail.com

Autorizo a gravação da entrevista

Não autorizo a gravação da entrevista

Rio de Janeiro, de de 2022.

Assinatura do participante

Noemi Dias (pesquisadora)

**APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
MÉDICO DE COMUNIDADE E FAMÍLIA - APS - SMS/RJ**

Prezado participante,

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “ Descentralização do Cuidado dos PVHA e fluxos de encaminhamento entre a APS e a Atenção Especializada no município do Rio de Janeiro”, desenvolvida por Noemi Martucci Dias Tosatto, discente do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca- ENSP/ FIOCRUZ sob a orientação da Professora Dra Gisela Cordeiro Cardoso.

O objetivo deste estudo é avaliar o processo de descentralização do cuidado do HIV/AIDS para a Atenção Primária e seus fluxos de encaminhamento no município do Rio de Janeiro, na Área de Planejamento 2.1 na perspectiva dos gestores, médicos e usuários. A sua cooperação consistirá na participação de entrevista semiestruturada a respeito do tema da pesquisa.

O convite para sua participação deve-se à sua posição como Médico de Comunidade e Família em uma unidade de Atenção primária na cidade do Rio de Janeiro, atuando no cuidado e acompanhamento de doenças crônicas, dentre elas o HIV de acordo com o planejamento e a estruturação do modelo descentralizado de cuidado das PVHA neste referido município.

Sua participação é voluntária, não sendo obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você tem o direito de não responder a qualquer questão, caso se sinta desconfortável com a pergunta sem ser penalizado de nenhuma maneira. Não será oferecida nenhuma forma de remuneração por sua participação, e a mesma não lhe incorrerá em nenhum custo.

Em função do pequeno número de pessoas que ocuparam a sua posição durante o período estudado, existe a possibilidade de identificação do seu cargo específico ou identidade em função das declarações prestadas nas entrevistas. No entanto, serão tomadas todas as providências para a manutenção da confidencialidade e a privacidade das informações por

you provided. At any time the interviewee will be identified by their real name, being used a fictitious name when disclosing the information. The position will be identified only as Manager - central level/ Manager - local level. Only the researchers of the project will have access to their data and will not use this information for other purposes.

Your participation will consist in answering the questions of an interview script to the researcher of this project. The duration will be about 60 (sixty) minutes. It is emphasized that the interviews will be conducted in person, ensuring your safety in this pandemic moment (ventilated environment, capable of facilitating distancing and hand hygiene and with the use of masks) The interview will be recorded in audio. If you do not agree with this condition, the interview will not be conducted.

In case you suffer any type of damage resulting from your participation in the research, you will have the right to seek assistance and to seek compensation through the judicial and / or extrajudicial, as provided in the Civil Code Law 10.406 of 2002, Articles 927 and 954.

The information provided in the interview will be transcribed and stored in digital files, to which only the researcher and their supervisor will have access. The information will remain archived in a safe place for 5 (five) years, as directed by Resolution nº 466/2012 of the National Council of Health, being discarded after this period. The digital files will be deleted and the physical ones fragmented.

In case you wish to suspend your participation in this study, this can be done at any stage of the same, just by communicating to the contact channels mentioned in this Term. At any time, during the research, you will be able to request information from the researcher about your participation and/or about the research, which will be done through the contact channels mentioned in this Term.

The results obtained with the help of the information provided will be disclosed in the dissertation that will be delivered in physical format to all participants in the research and will be used in scientific articles.

I declare that I understand the objective and conditions of my participation and authorize the recording. I declare that I agree to participate in the study. A copy of this term will be sent to your e-mail, or, in the absence of an electronic address, it will be delivered in physical form.

Este documento foi redigido em duas vias, sendo uma para a participante e uma para o pesquisador, de igual forma e teor. Todas as páginas deverão constar rubricas da participante da pesquisa e do pesquisador responsável além das assinaturas na última página deste termo.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/FIOCRUZ ou da SMS/RJ. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Tel do CEP/ENSP: (21) 2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 21041-210.

Horário de atendimento ao público: 9:00h às 16:00h.

Tel do CEP/SMS-RJ: (21) 2215-1485

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br ou cepsmsrj@yahoo.com

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16 4o andar. Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20031-040

Acesse <https://cep.ensp.fiocruz.br/participante-de-pesquisa> para maiores informações.

Contato com o pesquisador responsável: (Mestranda em Saúde Pública ENSP/FIOCRUZ) Tel: (21) 99829-4284. E-mail: ndtosatto@gmail.com

Autorizo a gravação da entrevista

Não autorizo a gravação da entrevista

Rio de Janeiro, de de 2022.

Assinatura do participante

Noemi Dias (pesquisadora)

**APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
MÉDICO INFECTOLOGISTA - ATENÇÃO SECUNDÁRIA - SMS/RJ**

Prezado participante,

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “ Descentralização do Cuidado dos PVHA e fluxos de encaminhamento entre a APS e a Atenção Especializada no município do Rio de Janeiro”, desenvolvida por Noemi Martucci Dias Tosatto, discente do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca- ENSP/ FIOCRUZ sob a orientação da Professora Dra Gisela Cordeiro Cardoso.

O objetivo deste estudo é avaliar o processo de descentralização do cuidado do HIV/AIDS para a Atenção Primária e seus fluxos de encaminhamento no município do Rio de Janeiro, na Área de Planejamento 2.1 na perspectiva dos gestores, médicos e usuários. A sua cooperação consistirá na participação de entrevista semiestruturada a respeito do tema da pesquisa.

O convite para sua participação deve-se à sua posição como Médico Infectologista em uma unidade de Atenção Especializada na cidade do Rio de Janeiro, atuando no cuidado e acompanhamento de pessoas vivendo com HIV/AIDS de acordo com o planejamento e a estruturação do modelo descentralizado de cuidado das PVHA neste referido município.

Sua participação é voluntária, não sendo obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você tem o direito de não responder a qualquer questão, caso se sinta desconfortável com a pergunta sem ser penalizado de nenhuma maneira. Não será oferecida nenhuma forma de remuneração por sua participação, e a mesma não lhe incorrerá em nenhum custo.

Em função do pequeno número de pessoas que ocuparam a sua posição durante o período estudado, existe a possibilidade de identificação do seu cargo específico ou identidade em função das declarações prestadas nas entrevistas. No entanto, serão tomadas todas as providências para a manutenção da confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Em momento algum o entrevistado será identificado por seu nome real, sendo

utilizado um nome fictício quando da divulgação das informações.

O cargo será identificado apenas como Gestor - nível central/ Gestor- nível local. Apenas os pesquisadores do projeto terão acesso a seus dados e não farão uso destas informações para outras finalidades.

Sua participação consistirá em responder às perguntas de um roteiro de entrevista à pesquisadora deste projeto. A duração será de cerca de 60 (sessenta) minutos. Ressalta-se que as entrevistas serão realizadas presencialmente garantindo sua segurança neste momento de pandemia (ambiente ventilado, capaz de possibilitar o distanciamento e a higienização das mãos e com o uso de máscaras) A entrevista será gravada em áudio. Caso não concorde com esta condição, a entrevista não será realizada.

Caso você venha a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, terá direito a assistência e a buscar indenização por meio das vias judiciais e / ou extrajudiciais, conforme previsto no Código Civil Lei 10.406 de 2002, Artigos 927 e 954.

As informações prestadas na entrevista serão transcritas e armazenadas em arquivos digitais, aos quais apenas o pesquisador e sua orientadora terão acesso. As informações permanecerão arquivadas em local seguro por 5 (cinco) anos, conforme orientado pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo descartados após este período. Os arquivos digitais serão apagados e os físicos fragmentados.

Caso queira suspender sua participação neste estudo, isto poderá ser feito em qualquer etapa do mesmo, bastando sua comunicação aos canais de contato relacionados neste Termo. A qualquer momento, durante a pesquisa, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre a sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Os resultados obtidos com o auxílio das informações prestadas serão divulgados na dissertação que será entregue em formato físico para todos os participantes da pesquisa e poderão ser utilizados em artigos científicos.

Declaro que entendi o objetivo e condições de minha participação e autorizo a gravação. Declaro que concordo em participar do estudo. Uma via deste termo será enviada ao seu e-mail, ou, na inexistência de endereço eletrônico, será entregue na forma física.

Este documento foi redigido em duas vias, sendo uma para a participante e uma para o pesquisador, de igual forma e teor. Todas as páginas deverão constar rubricas da participante da pesquisa e do pesquisador responsável além das assinaturas na última página deste termo.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/FIOCRUZ ou da SMS/RJ. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Tel do CEP/ENSP: (21) 2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 21041-210.

Horário de atendimento ao público: 9:00h às 16:00h.

Tel do CEP/SMS-RJ: (21) 2215-1485

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br ou cepsmsrj@yahoo.com

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16 4o andar. Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20031-040

Acesse <https://cep.ensp.fiocruz.br/participante-de-pesquisa> para maiores informações.

Contato com o pesquisador responsável: (Mestranda em Saúde Pública ENSP/FIOCRUZ) Tel: (21) 99829-4284. E-mail: ndtosatto@gmail.com

Autorizo a gravação da entrevista

Não autorizo a gravação da entrevista

Rio de Janeiro, de de 2022.

Assinatura do participante

Noemi Dias (pesquisadora)

**APÊNDICE E - TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS
(TCUD)**

Eu, Noemi Martucci Dias Tosatto, da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, do curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública-Sérgio Arouca/ ENSP, no âmbito do projeto de pesquisa intitulado “Descentralização do Cuidado dos PVHA e fluxos de encaminhamento entre a APS e a Atenção Especializada no município do Rio de Janeiro”, comprometo-me com a utilização dos dados contidos no SISREG e nos relatórios internos da Superintendência da Atenção Primária e Promoção da Saúde (SAP/SUBPAV), a fim de obtenção dos objetivos previstos, e somente após receber a aprovação do sistema CEP-CONEP.

Comprometo-me a manter a confidencialidade dos dados coletados nas fontes acima referidas, bem como com a privacidade de seus conteúdos.

Esclareço que os dados a serem coletados se referem ao diagnóstico e acompanhamento de pessoas vivendo com HIV/AIDS e agendamentos na atenção especializada através do SISREG, no período de 2014 a 2021.

Declaro ainda que serão utilizados apenas dados coletivos, não havendo identificação individual de qualquer paciente.

Declaro entender que é minha a responsabilidade de cuidar da integridade das informações e de garantir a confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas.

Também é minha a responsabilidade de não repassar os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, às pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

Por fim, comprometo-me com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida. Qualquer outra pesquisa em que eu precise coletar informações serão submetidas à apreciação do CEP/ENSP.

Rio de Janeiro, de de 2022.

Assinatura do pesquisador responsável

APÊNDICE F - ROTEIRO DE ENTREVISTAS

Gestor Central/Local

Projeto: Descentralização do Cuidado dos PVHA e fluxos de encaminhamento entre a APS e a Atenção Especializada no município do Rio de Janeiro.

Cód da Entrevista:

Local da Entrevista:

Data da realização da entrevista:

Hora de início:

Hora de término:

Identificação:

Idade

Sexo

Graduação Ano

Especialização Ano

Mestrado Ano

Doutorado Ano

1. Experiência na Atenção Primária (tempo de atuação):
 2. Na gestão, qual seu cargo, função, período de exercício da função?
 3. Você trabalha com ações relativas à assistência de HIV/AIDS?
Caso seja afirmativa a resposta, que ações são essas?
 4. Gostaria de conversar sobre sua experiência no processo de descentralização das ações de atenção às pessoas vivendo com HIV/AIDS dos especialistas (infectologistas) para os médicos generalistas da APS na cidade do Rio de Janeiro na sua área programática.
- Tópicos para o diálogo: Como foi esse processo na Cidade do RJ/ na sua AP - áreas

vulneráveis, aceitabilidade, acessibilidade

- Diferença entre unidades de modelo A e B?
 - Descentralização integral ou em partes?
 - Diferença entre as APs?
5. Na sua opinião, quais foram as motivações para iniciar a descentralização do atendimento das PVHA?
 6. Você acha que a decisão da gestão de descentralizar foi baseada em análise de informação de saúde acerca da situação do HIV/AIDS no município do RJ? Tem algum exemplo?
 7. Você acha que essa descentralização está completa? Se não, o que falta e quais os motivos?
 8. Quais os fatores facilitadores e dificultadores dessa descentralização do cuidado das PVHA para a APS no município do RJ?
 9. Poderia citar 3 fatores que mais ajudaram na implantação da descentralização?
 10. Poderia citar 3 fatores que dificultaram a implantação da descentralização?
 11. Dessas condições listadas, que em teoria poderiam facilitar as ações de cuidado às PVHA pela APS, gostaria da sua opinião sobre a concordância ou discordância das ações.

Condições que poderiam	Concordo muito	Concordo	Discordo	Discordo muito
------------------------	----------------	----------	----------	----------------

facilitar a descentralização				
Expansão da ESF no RJ				
Estímulo financeiro do MS				
Uniformização do esquema terapêutico para tratamento inicial com ARV				
Publicação de protocolo do MS para o cuidado das PVHA na APS				
Melhoria das condições estruturais das Clínicas				
Capacitação dos profissionais da APS				
Distribuição de Insumos para prevenção nas UBS				

Dessas condições listadas, que em teoria poderiam dificultar as ações de cuidado às PVHA pela APS, gostaria da sua opinião sobre a concordância ou discordância das ações.

Condições que poderiam dificultar a descentralização	Concordo muito	Concordo	Discordo	Discordo muito
Grandes áreas descobertas pela ESF no RJ				
Resistência dos médicos da APS em assumir o cuidado das PVHA				
Resistência dos Infectologistas em compartilhar o cuidado com a APS				
Grande rotatividade da equipe de ESF na APS que prejudica o vínculo				
Objeção das PVHA ao cuidado na APS				
Baixa Capacitação técnica dos profissionais da APS				
Impossibilidade de entrega de medicamentos				

ARVs em algumas unidades da APS				
Dificuldade de integração de sistemas entre a APS e o serviço especializado e hospitais.				

12. Para finalizar, gostaria de saber se a gestão monitora a descentralização? Em caso afirmativo, de que forma ?
13. Para finalizar, gostaria de saber se a gestão avalia a descentralização? Em caso afirmativo, de que forma?
14. Gostaria de falar algo mais sobre este assunto que considere relevante?

ROTEIRO DE ENTREVISTAS
Médico de comunidade e família

Cód da Entrevista:

Local da Entrevista:

Data da realização da entrevista:

Hora de início:

Hora de término:

Identificação

Idade

Sexo

Graduação Ano

Especialização Ano

Mestrado Ano

Doutorado Ano

1-Experiência na Atenção Primária:

2-Você teve alguma capacitação para atendimento/ acompanhamento de PVHA na sua graduação?

3-Você teve alguma capacitação para atendimento/acompanhamento de PVHA na sua residência?

4-Você se sente seguro de cuidar de PVHA recém-diagnosticado? Sem complicações?
Sem nunca ter feito uso de ARVs?

5-Na sua opinião, a clínica onde você trabalha tem boa estrutura de trabalho para atender esse público?

6-Em relação ao sigilo, como você avalia o cuidado da PVHA na ESF?

7-A farmácia da sua clínica dispõe de medicamentos antirretrovirais?

8-Na sua opinião, em que circunstâncias os portadores de HIV/AIDS deveriam ser

encaminhados ao serviço especializado?

Alternativas seriam: (guia para o entrevistador)

SEMPRE

QUANDO TIVEREM ALGUMA INTERCORRÊNCIA

QUANDO ABANDONAREM O TRATAMENTO OU APRESENTAREM

RESISTÊNCIA AO ARV

GESTANTES

CRIANÇAS/ADOLESCENTES

NUNCA

9- Cite 3 fatores facilitadores do atendimento de PVHA na APS

10- Cite 3 fatores dificultadores do atendimento de PVHA na APS

11- Cite 3 fatores facilitadores do atendimento de PVHA no serviço especializado

12- Cite 3 fatores dificultadores do atendimento de PVHA no serviço especializado

13- Como você avalia a comunicação entre a APS e o serviço especializado?

14- Você teria alguma sugestão sobre como essa comunicação poderia ser melhorada?

ROTEIRO DE ENTREVISTAS**Médico infectologista**

Cód da Entrevista:

Local da Entrevista:

Data da realização da entrevista:

Hora de início:

Hora de término:

Identificação

Idade

Sexo

Graduação Ano

Especialização Ano

Mestrado Ano

Doutorado Ano

1-Experiência no serviço especializado:

2-Na sua opinião, a clínica onde você trabalha tem boa estrutura de trabalho para atender esse público?

3-Em relação ao sigilo, como você avalia o cuidado do PVHA no Serviço especializado?

4-A farmácia da sua clínica dispõe de medicamentos antirretrovirais?

5-Qual o perfil dos pacientes de primeira vez agendados pelo SISREG que você costuma receber no serviço especializado?

(guia para o entrevistador)

RECÉM DIAGNOSTICADO SEM INICIAR TRATAMENTO

EM ABANDONO OU COM RESISTÊNCIA

COM INTERCORRÊNCIA OU COINFECÇÕES

GESTANTES CRIANÇAS/ADOLESCENTES

6- Na sua opinião, em que circunstâncias os portadores de HIV/AIDS deveriam ser encaminhados ao serviço especializado?

7- Alternativas seriam: (guia para o guia para o entrevistador)

SEMPRE

QUANDO TIVEREM ALGUMA INTERCORRÊNCIA OU COINFECÇÕES

QUANDO ABANDONAREM O TRATAMENTO OU APRESENTAREM RESISTÊNCIA AO ARV

GESTANTES

CRIANÇAS/ADOLESCENTES

NUNCA

8- Cite 3 fatores facilitadores do atendimento de PVHA na APS

9- Cite 3 fatores dificultadores do atendimento de PVHA na APS

10- Cite 3 fatores facilitadores do atendimento de PVHA no serviço especializado

11- Cite 3 fatores dificultadores do atendimento de PVHA no serviço especializado

12- Como você avalia a comunicação entre a APS e o serviço especializado?

Você teria alguma sugestão sobre como essa comunicação poderia ser melhorada?